

**Evaluation eines psychoedukativen Gruppenprogramms für
Angehörige von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung**

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie
an der Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von
Anna Maria Spatzl
aus München
2019

Erstgutachter: PD Dr. Markos Maragos

Zweitgutachterin: PD Dr. Gabriele Pitschel-Walz

Datum der mündlichen Prüfung: 08.07.2019

Danksagung

An erster Stelle gilt mein herzlicher Dank Herrn PD Dr. Markos Maragos für die Betreuung dieser Arbeit, die freundschaftliche und wertschätzende Atmosphäre, die hilfreichen Anmerkungen und seine stets sehr freundliche und hilfsbereite Unterstützung.

Ganz besonders danken möchte ich Frau PD Dr. Gabriele Pitschel-Walz für die wertvolle Hilfe und Unterstützung bei der Planung und Durchführung der Studie, die wohlwollende kontinuierliche Begleitung, das stets offene Ohr für Fragen, die konstruktiven Anregungen und das Wecken meines Interesses an der Angehörigenforschung.

Herzlich danken möchte ich auch Herrn Dr. Michael Rentrop und Frau Doris Fuchs für die äußerst angenehme Zusammenarbeit bei der Planung, Organisation und Durchführung der Gruppensitzungen. Von euch durfte ich viel lernen – vielen Dank dafür!

Überaus dankbar bin ich meiner lieben Freundin und Leidensgenossin Hannah Walker, ohne deren fachlichen Austausch, immerwährenden Beistand und menschlichen Halt das Gelingen dieser Arbeit nicht möglich gewesen wäre. Ihre motivierenden Worte und ihr lebendiges Wesen haben mir in jeder Phase der Realisierung dieser Arbeit stets Kraft und Mut gegeben.

Mein außerordentlicher Dank gilt meiner Mutter Barbara für die Durchsicht dieser Arbeit, ihre kritischen Betrachtungen, ihre differenzierten Anmerkungen sowie den stets ermutigenden menschlichen Beistand.

Tief verbunden und dankbar bin ich meinem Mann Philipp für seine unglaublich liebevolle Unterstützung, seine unermüdliche Geduld, seine rührende Fürsorge sowie die unschätzbare Hilfe bei den grafischen Darstellungen.

Darüber hinaus gilt mein Dank meiner lieben Freundin Raffaella Benz für die hilfreichen Korrekturen bei der Formatierung und Dr. Johannes Heßler für die geduldige Unterstützung bei statistischen Fragen.

Zum Schluss möchte ich meinen Freunden danken, deren beständigen liebevollen Rückhalt ich sehr schätze und die mein Jammern und Klagen stets ertragen und mich immer wieder aufgebaut haben.

*Für meine Mutter, die mir wichtige Voraussetzungen nicht nur für meinen Beruf,
sondern auch für das Gelingen einer solchen Arbeit mit auf den Weg gegeben hat:
das Interesse für das Wohlergehen meiner Mitmenschen, die Fähigkeit, sich in andere
hineinversetzen zu können, und eine gute Portion Disziplin und Durchhaltevermögen,
die für das Gelingen dieser Arbeit wesentlich war.*

Definitionen von Schlüsselbegriffen

Anmerkung: Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wurde in dieser Arbeit auf eine geschlechterspezifische Differenzierung verzichtet. Die verwendete maskuline Schreibweise bezieht sich aber stets auf beide Geschlechter.

Angehöriger: In dieser Arbeit wurde Angehöriger definiert als eine Person mit biologischem Verwandtschaftsverhältnis (z. B. Eltern, Geschwister, Kinder) zu einem Betroffenen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung oder eine bedeutsame nicht-biologisch verwandte Person im Umfeld des Betroffenen (z. B. Ehepartner, Partner, enger Freund).

Persönlichkeitsstörung (PS): Persönlichkeitsstörungen sind nach der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen (ICD-10) „tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Sie verkörpern gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und der psychologischen Funktionen. Häufig gehen sie mit einem unterschiedlichen Ausmaß persönlichen Leidens und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher“ (Dilling & Freyberger, 2012, S. 231).

Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS): Der Begriff Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) wird in dieser Arbeit synonym verwendet für die beiden Begriffe „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ aus dem DSM-5 (American Psychiatric Association, 2018) und „Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ“ aus dem ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2012). Siehe auch Kapitel 3.2.

High expressed emotions (HEE): Das Konstrukt der expressed emotions (EE) bezieht sich auf die emotionale Einstellung des Angehörigen dem Patienten gegenüber. Dabei geht es um das Maß an Kritik, Feindseligkeit und emotionalem Überengagement (emotional overinvolvement; EOI). Der Begriff *high expressed emotions* (HEE) wird verwendet, wenn der Angehörige dem Patienten gegenüber in *hohem* Maße Kritik oder emotionales Überengagement zeigt – beispielsweise wenn, er feindselig, überbehütend oder überängstlich ist (Brown & Rutter, 1966).

Inhaltsverzeichnis

0. Zusammenfassung	15
I. Theoretischer Hintergrund	17
1. Einleitung	17
2. Psychoedukative Angehörigengruppen	19
2.1. Definition Psychoedukation	19
2.2. Psychoedukation versus Psychotherapie	20
2.3. Ziele von Psychoedukation bei Angehörigen.....	21
2.4. Aktueller Forschungsstand zu Psychoedukation bei Angehörigen....	22
2.5. Psychotherapeutische Wirkfaktoren der Psychoedukation	24
2.6. Psychotherapeutische Wirkfaktoren der Gruppe	27
2.7. Phasenkonzepte von Gruppenentwicklungen	32
2.7.1. Aktueller Forschungsstand	33
2.7.2. Fünf Phasen der Gruppenentwicklung nach Tuckman (1965) und Tuckman & Jensen (1977)	35
2.7.3. Phasenmodell therapeutischer Veränderung von Howard et al. (1993)	38
2.7.4. Vierstufenmodell von MacKenzie (1997)	41
2.7.5. Zusammenfassung.....	44
3. Borderline-Persönlichkeitsstörung	47
3.1. Historische Einordnung	47
3.2. Klassifikation	48
3.3. Diagnostische Kriterien nach DSM-5 und ICD-10.....	49
3.4. Diagnosestellung	52
3.5. Klinische Symptomatik	53
3.6. Komorbiditäten.....	55
3.7. Epidemiologie, Versorgung und Verlauf	55

3.8.	Ätiologie	57
3.9.	Psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten.....	59
3.10.	Pharmakologische Behandlung.....	70
4.	Angehörige von Patienten mit BPS	73
4.1.	Aktueller Forschungsstand	73
4.2.	Psychopathologie der Angehörigen.....	87
4.3.	Psychoedukative Angehörigengruppen	90
5.	Evaluation psychotherapeutischer Interventionen	95
5.1.	Definition von Evaluation(sforschung)	95
5.2.	Evaluationsvarianten.....	96
5.3.	Evaluationsphasen.....	99
5.4.	Evaluation psychoedukativer Interventionen	101
5.5.	Einordnung der vorliegenden Studie	101
6.	Das psychoedukative Gruppenprogramm	105
6.1.	Durchführung und Aufbau der Gruppensitzungen	106
6.2.	Beschreibung der Sitzungen	109
6.2.1.	Sitzung 1: Fragebögen, Kennenlernen, Achtsamkeit	109
6.2.2.	Sitzung 2: Krankheitsbegriff und Symptomatik.....	110
6.2.3.	Sitzung 3: Biosoziales Ursachenmodell und Krankheitsverlauf.....	111
6.2.4.	Sitzung 4: Komorbidität und medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten	112
6.2.5.	Sitzung 5: Psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten	113
6.2.6.	Sitzung 6: Dialektische, nicht wertende Grundhaltung	113
6.2.7.	Sitzung 7: Grundlegende Fertigkeiten im Umgang mit der Störung	119
6.2.8.	Sitzung 8: Kommunikationsfertigkeiten	120
6.2.9.	Sitzung 9: Umgang mit Krisen	122
6.2.10.	Sitzung 10: Fragebögen, offene Fragen, Feedback	124

7. Fragestellungen und Hypothesen	125
7.1. Fragestellungen der summativen Evaluation.....	126
7.1.1. Krankheitswissen	126
7.1.2. Psychische Belastung	127
7.1.3. Lebensqualität.....	128
7.1.4. Explorative Fragestellungen	129
7.2. Fragestellungen der formativen Evaluation	129
II. Empirischer Teil	131
8. Methode.....	131
8.1. Datenerhebung	131
8.1.1. Gewinnung der Stichprobe	131
8.1.2. Ein- und Ausschlusskriterien	131
8.1.3. Ablauf der Gruppen	132
8.2. Studiendesign	133
8.3. Untersuchungsinstrumente	133
8.3.1. Summative Evaluation.....	134
8.3.1.1. Eingangsfragebogen	134
8.3.1.2. Wissensfragebogen.....	134
8.3.1.3. IEQ-EU.....	135
8.3.1.4. WHOQOL-BREF	136
8.3.1.5. Feedbackfragebogen.....	138
8.3.2. Formative Evaluation.....	138
8.3.2.1. Gruppentherapie – Angehörigenstundenbogen GTS-A	139
8.3.2.2. Gruppentherapie – Therapeutenstundenbogen GTS-T.....	140
8.4. Überblick über den Untersuchungsablauf.....	141
8.5. Stichproben.....	142
8.5.1. Stichprobenbeschreibung der Angehörigen.....	142
8.5.2. Stichprobenbeschreibung der zugehörigen Patienten mit BPS.....	145
8.6. Statistische Auswertung	146

9. Ergebnisse	149
9.1. Ergebnisse der summativen Evaluation	149
9.1.1. Überprüfung der Daten auf Normalverteilung	149
9.1.2. Krankheitswissen	150
9.1.3. Belastungserleben.....	154
9.1.4. Lebensqualität.....	159
9.1.5. Ergebnisse des Feedbackfragebogens	160
9.1.6. Bivariate Korrelationen	167
9.2. Ergebnisse der formativen Evaluation	169
9.2.1. Stundenbeurteilung der Angehörigen (GTS-A)	169
9.2.2. Stundenbeurteilung der Therapeuten (GTS-T)	173
9.2.3. Vergleich GTS-A und GTS-T	175
9.2.4. Beurteilung der Sitzung 6 im GTS-A und GTS-T	179
10. Diskussion	181
10.1. Diskussion der summativen Evaluation	181
10.1.1. Krankheitswissen	181
10.1.2. Belastung	185
10.1.3. Lebensqualität.....	189
10.1.1. Feedbackfragebogen.....	191
10.1.2. Bivariate Korrelationen	196
10.2. Diskussion der formativen Evaluation	197
10.2.1. Bewertungen der Stundenbögen	197
10.2.2. Zusammenfassende Bewertung des Manuals	207
10.3. Einschränkungen der Studie und Ausblick	208
10.4. Abschließende Zusammenfassung	209
Literaturverzeichnis.....	211
Anhang	239

0. Zusammenfassung

Hintergrund: Es existieren kaum publizierte systematische Untersuchungen zu Angehörigen von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (Grenyer et al., 2018). Aus der bestehenden Lücke in der Literatur lässt sich ein besonderer Forschungsbedarf ableiten (Betts et al., 2018; Flynn et al., 2017; Kirtley, Chiocchi, Cole & Sampson, 2018; Pearce et al., 2017), weshalb die vorliegende Studie einen Beitrag dazu leisten soll.

Ziel: Bei der im Folgenden beschriebenen Evaluationsstudie handelt es sich um eine Pilotstudie. Nach aktuellem Kenntnisstand der Autorin ist dies die erste Evaluationsstudie für eine psychoedukative Gruppenintervention für Angehörige von Patienten mit BPS im deutschsprachigen Raum. Ziel ist die Evaluation des Manuals „Psychoedukation für Borderline-Störungen, Manual zur Leitung von Patienten und Angehörigengruppen“ von Rentrop, Reicherzer & Bäuml (2007) sowie die Entwicklung und Evaluation einer Gruppensitzung, die im Manual nicht beschrieben wird.

Fragestellungen: Geprüft wird, ob das Gruppenprogramm zu einem Wissenszuwachs, zu einer Belastungsreduktion und zu einer Verbesserung der Lebensqualität bei den teilnehmenden Angehörigen führt (summative Evaluation). Die Studie soll Hinweise darauf geben, ob Veränderungsbedarf bei der Konzeption des Manuals besteht (formative Evaluation).

Methode: Die Wirksamkeit des Gruppenprogramms wurde in einem Prä-post-Design (n = 33) mittels Selbsteinschätzungsfragebögen überprüft. Bei der summativen Evaluation wurden Signifikanztests zur Überprüfung von Mittelwertunterschieden berechnet; die formative Evaluation erfolgte rein deskriptiv.

Ergebnisse: Die summative Evaluation ergab einen signifikanten Wissenszuwachs und eine signifikante Reduktion der Belastung der Angehörigen nach dem Gruppendurchlauf. Im Verlauf der Gruppe veränderte sich die Lebensqualität hingegen nicht signifikant. Die formative Evaluation ergab eine hohe Akzeptanz des Gruppenprogramms: Alle Sitzungen wurden von den Angehörigen durchweg positiv beurteilt.

Einschränkungen: Zur Überprüfung der Ergebnisse ist eine randomisierte, kontrollierte Studie notwendig. Es empfehlen sich eine größere Stichprobe und Follow-up-Untersuchungen, um die langfristigen Effekte des Gruppenprogramms analysieren zu können.

Fazit: Trotz der vorhandenen Einschränkungen der vorliegenden Pilotstudie kann eine weitgehend positive Bilanz gezogen werden: Die Angehörigen konnten von der Gruppenbehandlung profitieren und das psychoedukative Gruppenprogramm für Angehörige ist gut konzipiert.

I. Theoretischer Hintergrund

1. Einleitung

„Meistens läuft es ganz gut und normal zwischen uns, dann scheint die Welt in Ordnung zu sein. Und dann auf einmal passiert eine Kleinigkeit, es kommt zur Verdrehung der Realität und die gesamte Situation eskaliert.“ (Mutter, die am Gruppenprogramm teilgenommen hat, 2015)

Angehörige von psychisch Kranken sind mit zahlreichen Problemen konfrontiert, z. B. leiden sie häufig unter einem Informationsdefizit bezüglich der Erkrankung, sind emotional belastet und haben Schwierigkeiten im Umgang mit dem Betroffenen (Dalui, Guha, De, Chakraborty & Chakraborty, 2014; Schmid, Spießl, Vukovich & Cording, 2003).

Es wird angenommen, dass die Belastung der Angehörigen von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) höher ist als die Belastung der Angehörigen von Patienten mit anderen psychiatrischen Diagnosen (Bailey & Grenyer, 2013, 2014; Kirtley et al., 2018). Im Gegensatz zu den schizophrenen und affektiven Störungen, bei denen psychoedukative Familieninterventionen in Wissenschaft und Praxis enorm an Bedeutung gewonnen haben und die in den Therapieleitlinien verankert sind, gibt es jedoch zu den Angehörigen von BPS-Patienten wenig Literatur und wissenschaftlich überprüfte Programme (Betts et al., 2018; Flynn et al., 2017; Pitschel-Walz, Fuchs, Spatzl, Walker & Rentrop, 2015).

Dabei müssen sich gerade die Angehörigen von Patienten mit BPS besonderen Herausforderungen stellen, da dieses Störungsbild in der Regel enorme Auswirkungen auf das soziale Umfeld der Betroffenen hat (Hoffman, Fruzzetti & Buteau, 2007): Die Patienten weisen unter anderem hohe Raten an suizidalen, selbstverletzenden und anderen impulsiven Verhaltensweisen auf, neigen zu häufigen Wutausbrüchen und leiden unter Emotionsregulationsstörungen (Euler et al., 2018; Sendera & Sendera, 2016). Dieses für die BPS typische Verhalten bedingt generelle Beziehungsprobleme und gestörte soziale Interaktionen im Umfeld dieser Personen (Fruzzetti & Shenk, 2008). Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass nicht nur der Leidensdruck für die Betroffenen immens ist, sondern auch die Belastung für die Angehörigen, die diesen ständig wechselnden Verhaltensweisen und Befindlichkeiten ausgesetzt sind und daher unter Stress, Depression und Kummer leiden (Hoffman et al., 2005; Schäfer, Rüther & Sachsse, 2010). Speziell bei den Eltern eines Betroffenen mit BPS kommt hinzu, dass in der Erklärung für die Genese der Erkrankung ihr Verhalten als mitursächlich angesehen wird. Das sogenannte „invalidierende Umfeld“ (Zanarini, 2009, S. 375) wird für die Entstehung einer

BPS mitverantwortlich gemacht, weshalb es essenziell erscheint, die Mitverursacher der Störung über ihr eigenes Fehlverhalten und die Erkrankung des Betroffenen aufzuklären. Umso erstaunlicher ist es, dass gerade zu dieser Störungsgruppe kaum Angehörigenforschung bekannt ist und nur wenige Unterstützungsangebote für diese Angehörigengruppe existieren (Flynn et al., 2017; Grenyer et al., 2018; Hoffman et al., 2007; Lawn & McMahon, 2015; Martino et al., 2014).

Da die Angehörigen von Patienten mit BPS oft die einzigen Bezugspersonen der Erkrankten sind und am stärksten von der Störung betroffen sind, ist es wichtig, sie zu verstehen und herauszufinden, wie man sie am besten unterstützen kann (Bailey, 2014; Hoffman et al., 2007). Die Bedürfnisse der Angehörigen von Patienten mit BPS beziehen sich vor allem auf den Umgang mit dem Betroffenen und auf Informationen über die Erkrankung (Buteau, Dawkins & Hoffman, 2008; Dunne & Rogers, 2013; Lohman, Whiteman, Yeomans, Cherico & Christ, 2017; Schmid et al., 2003). Deshalb eignen sich insbesondere psychoedukative Gruppenprogramme (Pitschel-Walz, Froböse & Bäuml, 2016), um diese Angehörigengruppe zu unterstützen und zu entlasten.

Die vorliegende Studie soll durch die Evaluation eines solchen psychoedukativen Gruppenprogramms einen Beitrag zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Gruppenprogramme für Angehörige von Patienten mit BPS leisten.

2. Psychoedukative Angehörigengruppen

2.1. Definition Psychoedukation

Der Begriff „psychoeducation“ wurde in den USA geprägt und setzt sich aus den beiden Begriffen „psychotherapy“ und „education“ zusammen. Während das Wort „psychotherapy“ wortwörtlich mit „Psychotherapie“ ins Deutsche übersetzt werden kann, ist mit dem Begriff „education“ in dem Zusammenhang nicht die eigentliche Bedeutung „Erziehung“ gemeint, sondern viel mehr Aufklärung, Wissenserarbeitung, Bildung (Bäuml & Pitschel-Walz, 2008). Abgeleitet wird der Begriff aus dem lateinischen Wort „educere“, womit der Patient aus der Unwissenheit über die eigene Erkrankung „herausgeführt“ werden soll (Bäuml & Pitschel-Walz, 2011). Außerdem steckt in dem Begriff Psychoedukation das lateinische Wort „educare“, womit die Psychoedukation die Betroffenen ermutigen will, sich intensiv über die eigene Erkrankung weiterzubilden (ebd.). Die Psychoedukation hat ihre Wurzeln in der Verhaltenstherapie und bezeichnet diejenigen Bestandteile der Therapie, in denen es um die aktive Informationsvermittlung, den Erfahrungsaustausch unter den Betroffenen und die Bearbeitung allgemeiner Krankheitsaspekte geht (Pitschel-Walz & Bäuml, 2008). Psychoedukation bezeichnet heutzutage eine eigenständige psychologische Interventionsform mit dem Ziel, dem Patienten durch Informationen über seine Erkrankung zu helfen (Neher, 2017). Ihre Aufgabe ist es, dem medizinischen Laien den spezifischen Fachjargon verständlich aufzubereiten, um ihn zum Experten seiner eigenen Erkrankung zu machen. Denn nur ein gut aufgeklärter Patient hat die Möglichkeit, aktiv an der Behandlung seiner eigenen Erkrankung mitzuwirken und in ärztliche Entscheidungsprozesse miteinbezogen zu werden. International gibt es keine einheitliche Definition von Psychoedukation (Borbé, Pitschel-Walz & Bäuml, 2017).

Eine Definition, die von der 2005 gegründeten *Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation* (DGPE) in ihrem Konsensuspapier formuliert wurde, lautet:

„Unter dem Begriff der Psychoedukation werden demnach systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und die Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäuml & Pitschel-Walz, 2008, S. 3).

Neben der wesentlichen Informationsvermittlung über wichtige Aspekte der Erkrankung beinhaltet Psychoedukation demnach immer auch eine psychotherapeutische Komponente (Borbé et al., 2017). Somit geht es um Informationsvermittlung *und* emotionale

Entlastung. Klar davon abzugrenzen sind rein edukative Interventionen, bei denen es ausschließlich um Informationsvermittlung geht. Die edukativen Behandlungsmaßnahmen erfolgen häufig über CD-ROMs, DVDs, schriftliche Materialien, über das Internet oder über Vorträge. Selten kommt es dabei zu einem interaktiven Austausch zwischen Teilnehmer und Behandler. Die Effekte bleiben begrenzt und führen zumeist nicht über den erwünschten Wissenszuwachs und eine oft nur kurzfristige Verbesserung der Behandlungcompliance hinaus (ebd.).

Psychoedukation richtet sich definitionsgemäß sowohl an betroffene Patienten als auch an deren Angehörige und kann im Einzel- oder Gruppensetting auf unterschiedliche Weise adaptiv in verschiedenen Settings (ambulant-teilstationär-stationär) erfolgen. Zu den methodisch-didaktischen Mitteln gehören Vorträge, Gruppendiskussionen, Dialoge, Demonstrationen, Verhaltensübungen und Rollenspiele. Dabei kommen in der Regel verbale Vermittlungsformen zum Einsatz, aber auch schriftliches Material wie beispielsweise Selbsthilfemanuale, Angehörigenratgeber, weiterführende Literatur und Broschüren. Darüber hinaus können Videos und andere Anschauungsmaterialien (z. B. grafische Darstellungen zu einem Ursachen-Modell) oder das Internet genutzt werden (vgl. Mühling & Jacobi, 2011; von Wachter & Hendrichske, 2016). Meist findet Psychoedukation im Gruppensetting statt (Behrendt & Schaub, 2005). In Bezug auf die spezifische Zielgruppe „Angehörige“ kann die Psychoedukation in reinen Angehörigengruppen (monofokal), Familiensitzungen mit einer Einzelfamilie oder Sitzungen mit mehreren Familien oder in parallelen Patienten- und Angehörigengruppen (bifokal) ablaufen (Pitschel-Walz et al., 2016).

2.2. Psychoedukation versus Psychotherapie

Psychoedukation weist unter methodologischen Aspekten durch das interaktive Vorgehen, die Ressourcenorientierung, die Wertschätzung, die optimistische Grundhaltung und das Prinzip der Selbstbefähigung mit Förderung der Selbstwirksamkeit die größte Nähe zu verhaltenstherapeutischen Ansätzen auf (Bäumel & Pitschel-Walz, 2016; Borbé et al., 2017). Nach Margraf (2000) ist die Psychoedukation an sich eine Behandlungsmethode innerhalb der Verhaltenstherapie. Ein zentraler Aspekt der Verhaltenstherapie ist die Begegnung zwischen Patient und Therapeut als Gleichberechtigte auf Augenhöhe, wofür das Wissen des Patienten über seine Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten eine wichtige Voraussetzung ist (Borbé et al., 2017). Im Gegensatz zu anderen verhaltenstherapeutischen Methoden ist die Informationsvermittlung bei psychoedukativen Maßnahmen der Hauptbestandteil der Intervention, die auf interaktive Art und Weise unter Berücksichtigung des subjektiven Wissensbestands der Teilnehmer

erfolgt (ebd.). Nach Borbé et al. (2017) kann Psychoedukation demnach eingesetzt werden als eigenständige kognitiv-behaviorale Therapiemethode, als spezifische Technik innerhalb einer Verhaltenstherapie oder als ergänzender Bestandteil in allen anderen (psycho-)therapeutischen Verfahren.

Der Einbezug von Angehörigen in die Psychoedukation stellt primär keine Therapie der Familie oder bestimmter Familienstrukturen dar, wie es bei psychoanalytischen oder systemisch orientierten Ansätzen der Fall ist (ebd.). Es gibt jedoch mittlerweile ausreichend Befunde dafür, dass sich die Erarbeitung eines basalen Krankheitsverständnisses mit Eliminierung der oft aus Wissenslücken entstehenden kritischen Verhaltensweisen (high expressed emotions, HEE) positiv auf das Familienklima auswirkt und den langfristigen Erkrankungs- und Behandlungsverlauf günstig beeinflusst (Lincoln, Wilhelm & Nestoriuc, 2007; Pitschel-Walz, Leucht, Bäuml, Kissling & Engel, 2001; Sin et al., 2017; Xia, Merinder & Belgamwar, 2011).

2.3. Ziele von Psychoedukation bei Angehörigen

Die Psychoedukation für Patienten und Angehörige hat ihre Anfänge im Bereich der Schizophreniebehandlung, wo sie mittlerweile zum psychotherapeutischen Basisprogramm für Patienten und Angehörige zählt (Pitschel-Walz et al., 2016). Die Arbeitsgruppe „Psychoedukation für schizophrene Erkrankungen“ wurde 1996 gegründet und formulierte in ihrem Konsensuspapier Ziele, die im Rahmen von Psychoedukation für Angehörige umgesetzt werden sollten:

Hauptziel der Psychoedukation bei Angehörigen ist es, ihre Kompetenz im Umgang mit dem Betroffenen zu fördern und damit den Krankheitsverlauf des Patienten positiv zu beeinflussen. Zudem soll Psychoedukation auch den Angehörigen bei der Bewältigung krankheitsbedingter Probleme im persönlichen Leben helfen. Darüber hinaus definieren Bäuml & Pitschel-Walz (2008, S. 4) für die Angehörigen folgende Teilziele:

- „Verbesserung des Informationsstandes bezüglich der Diagnose (...) sowie des Verlaufs, der Ursachen und der Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankung
- Aufbau eines funktionalen Krankheitskonzeptes
- Emotionale Entlastung der Angehörigen
- Förderung der langfristigen Kooperationsbereitschaft mit allen an der Behandlung Beteiligten
- Unterstützung der Angehörigen bei der Förderung der Behandlungsbereitschaft bei den Patienten
- Verbesserung der Fähigkeiten zur Bewältigung von Krisen und zur Unterstützung bei Krisen
- Verbesserung des innerfamiliären Umgangs im Hinblick auf die Erkrankung“

Psychoedukationsgruppen für Angehörige richten sich sowohl an Familienangehörige (z. B. Eltern, erwachsene Kinder, Geschwister, Partner) sowie andere relevante Bezugspersonen, wie Freunde, Betreuer, Laienhelfer (Pitschel-Walz & Bäuml, 2016). Da durch die Einladung von Angehörigen zu einer diagnosespezifischen Angehörigengruppe indirekt die Diagnose der Patienten preisgegeben wird, ist hierfür die Einverständniserklärung der Patienten zwingend erforderlich. Eine Teilnahme der Angehörigen an einer psychoedukativen Gruppe ohne Einverständniserklärung des Patienten ist nur dann möglich, wenn der Patient selbst keinerlei Kontakt zum Behandlungssetting der Einrichtung hat (Rentrop & Reicherzer, 2016). Die ärztliche Schweigepflicht ist selbstverständlich auch in Angehörigengruppen zu wahren (Pitschel-Walz & Bäuml, 2008).

2.4. Aktueller Forschungsstand zu Psychoedukation bei Angehörigen

Der Begriff „psychoeducation“ tauchte erstmalig Anfang der 1980er-Jahre in den USA auf, als Anderson, Hogarty und Reiss (1980) den Begriff im Rahmen einer Familienintervention für schizophren Erkrankte einführten. Neben anderen Therapiebausteinen wurde die zusätzliche Informationsvermittlung zum Thema Schizophrenie als „psychoeducation“ bezeichnet. Ziel war es, die Ängste der Angehörigen vor der Erkrankung zu reduzieren, sie zu informieren und sie im Umgang mit dem Erkrankten zu schulen. Nachdem in nachfolgenden Studien gezeigt werden konnte, dass der Einbezug der Angehörigen die Rückfall- und Rehospitalisierungsrate der schizophren Erkrankten reduzieren konnte, verbreiteten sich in der Folgezeit Familieninterventionen weltweit (Pekkala & Merinder, 2002; Pitschel-Walz et al., 2016). Neben der Reduzierung der Rückfall- und Rehospitalisierungsrate sind mittlerweile weitere Effekte von psychoedukativen Familieninterventionen nachgewiesen. So konnte belegt werden, dass Psychoedukation das Krankheitswissen der Angehörigen verbessert, Stress, Belastung und High-expressed-emotions-Verhalten der Angehörigen reduziert und die Lebensqualität der Familien erhöht (Pitschel-Walz et al., 2016). Im englischsprachigen Raum wird der Begriff „psychoeducation“ nach wie vor überwiegend in Verbindung mit „family“ verwendet („family psychoeducation“). Das bedeutet: Es haben sich vor allem psychoedukative Interventionen etabliert, die an einzelne Familien gerichtet sind oder im Mehrfamilien-Setting unter Einschluss der Patienten stattfinden (Bäuml & Pitschel-Walz, 2016; Jewell, Downing & McFarlane, 2009; McFarlane et al., 1995). Derart zeit- und personalintensive Behandlungsverfahren mit Einzelfamilien konnten in Deutschland aufgrund der Versorgungsbedingungen kaum realisiert werden (Hahlweg, Dürr, Dose & Müller, 2006). In diesem Kontext erwies es sich als äußerst günstig, dass McFarlane (2002) zeigen konnte, dass Mehrfamilieninterventionen bei schizophren Erkrankten offenbar effektiver sind als psycho-

edukative Interventionen mit Einzelfamilien. Zudem ist für psychoedukative Angehörigengruppen neben der Informationsvermittlung gleichzeitig auch die emotionale Entlastung durch Nutzung der gruppentherapeutischen Wirkfaktoren wesentlich (Bäuml & Pitschel-Walz, 2016). Auf diese Weise entwickelten sich bifokale Ansätze (im Gegensatz zu monofokalen Ansätzen), bei denen parallel zu den Psychoedukationsgruppen für die Betroffenen Psychoedukationsgruppen für ihre Angehörigen stattfinden (Bäuml & Pitschel-Walz, 2008). So kann spezifischer auf die Bedürfnisse und Erfordernisse der Angehörigen eingegangen werden. Denn gerade die Angehörigen von psychisch Kranken brauchen Unterstützung und einen Ort, an dem sie sich austauschen können, ohne gleichzeitig auf die Vulnerabilität des erkrankten Familienmitglieds Rücksicht nehmen zu müssen (Pitschel-Walz et al., 2016). Sie möchten über ihre Ängste, Sorgen, Zweifel und Traurigkeit reden und sehnen sich nach emotionaler Entlastung (Bauer, Koepke, Sterzinger & Spiessl, 2012).

Obwohl die Wirksamkeit psychoedukativer Angehörigengruppen – zumindest für die Schizophrenie und die affektiven Störungen – ausreichend belegt ist und auch teilweise in den Therapieleitlinien der Einbezug von Angehörigen gefordert wird, sieht die klinische Praxis anders aus (Bäuml & Pitschel-Walz, 2016). Eine Umfrage von Rummel-Kluge und Kollegen (2006) hat ergeben, dass im deutschsprachigen Raum das Angebot an professionell geleiteten Angehörigengruppen unzureichend ist. Beispielsweise erhielten im Jahr 2003 lediglich 2 % der Angehörigen von schizophrenen Patienten Zugang zu psychoedukativen Gruppen. Eine neuere Umfrage von 2013 bestätigt den nach wie vor geringen Einbezug der Angehörigen (Rummel-Kluge, Kluge & Kissling, 2013). Wenn überhaupt psychoedukative Gruppen angeboten werden, dann handelt es sich vor allem um psychoedukative Patientengruppen für schizophren oder depressiv Erkrankte. Dieses scheinbare Monopol der Psychoedukation für diese beiden Störungsbilder spiegelt sich auch im Angebot für die Angehörigen wider: Sofern überhaupt psychoedukative Gruppen für Angehörige in den Kliniken angeboten werden, handelt es sich analog zu den psychoedukativen Patientengruppen meist um Angehörigengruppen für schizophren oder depressiv Erkrankte (ebd.). Dennoch sind auch hier die Zahlen erstaunlich gering: Obwohl psychoedukative Angebote für Angehörige von depressiv Erkrankten in der AWMF-Leitlinie explizit empfohlen werden (DGPPN, BÄK, KBV & AWMF 2017), gaben bei einer Umfrage mit einer Responderrate von 50 % lediglich 35 % der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in Deutschland an, psychoedukative Angehörigengruppen anzubieten (Frank, Rummel-Kluge, Berger, Bitzer & Hölzel, 2014). Es ist anzunehmen, dass der Anteil psychoedukativer Angebote für Angehörige bei anderen Diagnosen noch wesentlich geringer ist (Bäuml & Pitschel-Walz, 2016). Dabei sind psychoedukative

Angehörigengruppen aufgrund der gruppentherapeutischen Wirkfaktoren auch bei anderen Diagnosen durchaus indiziert (ebd.).

2.5. Psychotherapeutische Wirkfaktoren der Psychoedukation

Von zentralem Interesse in Einzel- und Gruppenpsychotherapien ist die Frage nach der Wirkungsweise der Therapie. Es wird versucht, herauszufinden, welche Faktoren zu einem Therapieerfolg beigetragen haben, um diese therapeutisch zu nutzen (Pfammatter & Tschacher, 2016). Bei den Wirkfaktoren handelt es sich letztlich um künstliche Konstrukte, die Forschern und Klinikern eine einheitliche Sprache und eine Vergleichbarkeit von Forschungsergebnissen ermöglichen (Zoubek, 2013).

Unterschieden werden spezifische und allgemeine Wirkfaktoren. Spezifische Wirkfaktoren beziehen sich in der Regel auf eine störungsspezifische bzw. therapieschulenspezifische Intervention (Pfammatter & Tschacher, 2016). Es wird demnach davon ausgegangen, dass ganz spezifische Therapietechniken, also die in der jeweiligen Psychotherapieschule verankerten Vorgehensweisen oder störungsspezifische Interventionen zu einem Therapieerfolg führen (Pfammatter, Junghan & Tschacher, 2012). Allgemeinen Wirkfaktoren hingegen liegt die Annahme zugrunde, dass unterschiedliche Psychotherapiemethoden im Wesentlichen gleich wirken; das besagen das Äquivalenzparadoxon der Psychotherapie bzw. das Dodo-Bird-Verdikt (vgl. Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Rosenzweig, 1936). Es geht also um Wirkfaktoren, die jedem Psychotherapieprozess immanent sind und daher in allen Formen von Psychotherapie realisiert werden (Lambert, 2015; Wampold & Budge, 2012). Bisher wurden vor allem allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie empirisch nachgewiesen und für einen Therapieerfolg verantwortlich gemacht (Lambert, 2015; Lambert & Kleinstäuber, 2016).

Die speziellen Wirkmechanismen der Psychoedukation sind aufgrund mangelnder systematischer Forschung noch nicht abschließend verstanden (Mühling & Jacobi, 2011). Die größte Wirkung wird dem Wissenszuwachs zugeschrieben. Zum einen ermöglicht er, fehlerhafte Vorstellungen zu korrigieren und dadurch dysfunktionale Einstellungen und Verhaltensweisen zu verändern. Zum anderen führt die sachliche Aufklärung über das Störungsbild zu einer Art Strukturierung des Leidens, was entlastend wirkt (ebd.). Darüber hinaus wird angenommen, dass Psychoedukation zu einem Kompetenzerwerb im Umgang mit Problemen führt und die dafür notwendigen Verhaltensänderungen durch praktisches Üben gut in den Alltag übertragbar sind (ebd.). Dadurch sollten sich genügend Fertigkeiten etablieren, um Rückfälle zu reduzieren und Risikosituationen eigenständig meistern zu können (ebd.). Zu den Ausführungen von Mühling & Jacobi

(2011) passen die von Grawe (1994) postulierten grundlegenden Dimensionen therapeutischen Geschehens: Klärung (Einsicht ins eigene Verhalten), Kompetenz (Erwerb von Störungs- und Handlungswissen; Hilfestellung zur Problembewältigung) und Interaktion (Therapeut-Patienten-Beziehung; Gruppe als Schicksalsgemeinschaft). Diese Dimensionen treffen nach Pitschel-Walz et al. (2011) auch auf psychoedukative Gruppen zu.

Ferner gibt es nach Grawe (2005) fünf gemeinsame Merkmale, die allen erfolgreichen Therapieprozessen (demnach auch denen in psychoedukativen Gruppen) – unabhängig vom Setting – immanent sind. Im Folgenden werden diese Wirkfaktoren nach Grawe (2005) beschrieben. Jeweils unter jedem Wirkfaktor wird – teilweise in Anlehnung an Summ (2008) – darauf eingegangen, wie sie in psychoedukativen Angehörigengruppen realisiert werden können:

- Erfolgreiche Therapien integrieren die besonderen Eigenschaften, welche die Patienten in die Therapie mitbringen, als positive Ressourcen in den therapeutischen Prozess. Sie nutzen also bereits vorhandene motivationale Bereitschaften, Fähigkeiten und Stärken der Patienten (**Wirkfaktor Ressourcenaktivierung**).
 - In psychoedukativen Angehörigengruppen wird ressourcenorientiert gearbeitet und durch Fragestellungen wie beispielsweise „Wie haben Sie bisher die Situation xy gemeistert? Wem ist xy schon mal gelungen? Wer kann von positiven Erlebnissen bezüglich xy berichten? Wie würden Sie mit xy umgehen?“ werden die Ressourcen der Teilnehmer immer wieder aktiviert und in der Gruppe offengelegt.
- Erfolgreiche Therapien machen dem Patienten die Probleme, die in der Therapie bearbeitet werden sollen, unmittelbar erfahrbar. Dies kann auf unterschiedliche Weise geschehen: beispielsweise dadurch, dass reale Situationen aufgesucht oder hergestellt werden, in denen die Probleme auftreten, oder dass bestimmte Personen in die Therapie einbezogen werden, die an den Problemen beteiligt sind, oder dass durch besondere Interventionen wie Imaginationsübungen, Expositionsübungen, Rollenspiele o. Ä. die Probleme direkt erlebbar gemacht werden (**Wirkfaktor Problemaktualisierung**).
 - In psychoedukativen Angehörigengruppen wird dieser Wirkfaktor durch den Austausch gemeinsamer Probleme realisiert. Die Berichterstattung eines An-

gehörigen über ein bekanntes Problem mit dem Betroffenen versetzt die zuhörenden Angehörigen gedanklich in diese Lage und konfrontiert sie mit der eigenen Problematik (ähnlich wie Exposition in sensu).

- Erfolgreiche Therapien unterstützen den Patienten darin, mit seinen Problemen besser umzugehen. Sie ermöglichen es dem Patienten, durch Erlernen neuer Copingstrategien positive Bewältigungserfahrungen im Umgang mit seinen Problemen zu machen (**Wirkfaktor Problembewältigung**).
 - In psychoedukativen Angehörigengruppen ist der Erwerb neuer Kompetenzen (z. B. Umgang mit dem Betroffenen, Kommunikationsfertigkeiten oder Umgang mit Krisen) ein zentraler Bestandteil der Intervention, weshalb dieser Wirkfaktor in hohem Maß realisiert wird. Zudem fungiert der Therapeut während des gesamten Therapieprozesses als Modell und die Teilnehmer können von ihm lernen, wie er mit sich und anderen Gruppenmitgliedern umgeht.
- Erfolgreiche Therapien unterstützen den Patienten darin, Einsicht in sein eigenes Handeln zu bekommen. Es geht darum, dem Patienten mit geeigneten Maßnahmen mehr Klarheit über die Aspekte seines problematischen Erlebens und Verhaltens zu verschaffen (**Wirkfaktor motivationale Klärung**).
 - In psychoedukativen Angehörigengruppen wird auch der Wirkfaktor der motivationalen Klärung umgesetzt. Denn Ziel der psychoedukativen Interventionen ist es unter anderem, den Angehörigen die krankheitsbedingten Erfahrungen mit dem Betroffenen verstehbar zu machen und sie darin zu unterstützen, entsprechende Konsequenzen auf der Verhaltensebene zu ziehen. Dies geschieht vor allem durch die ausführliche Informationsvermittlung bezüglich der Erkrankung und des Umgangs mit dem Betroffenen.
- Erfolgreiche Therapien weisen eine gute therapeutische Beziehung auf. Die Qualität der Therapiebeziehung trägt signifikant zu einem besseren oder schlechteren Therapieergebnis bei (**Wirkfaktor Therapiebeziehung**).
 - In psychoedukativen Gruppen steht die Interaktion zwischen den Teilnehmern untereinander und dem Gruppenteiler im Vordergrund. Dabei hat der Therapeut stets die Möglichkeit, mit Wertschätzung und Empathie auf

Beiträge der Gruppenmitglieder zu reagieren. So geht er mit allen Teilnehmern eine therapeutische Beziehung ein und der Wirkfaktor wird umgesetzt.

2.6. Psychotherapeutische Wirkfaktoren der Gruppe

Der Vorteil von Gruppenpsychotherapie ist nach Fiedler (2005), dass dort Mechanismen therapeutischer Veränderung greifen, die in der Einzeltherapie nicht oder nicht in gleichem Maß realisierbar sind. Gruppen weisen andere Gesetzmäßigkeiten auf, die zur Verbesserung von Interaktionsmustern genutzt werden können, woraus sich spezifische Gruppenwirkfaktoren ergeben. Auch Burlingame (2008) betont den Pluspunkt von Gruppen gegenüber der therapeutischen dyadischen Therapeut-Patient-Beziehung in der Einzeltherapie: Durch die Interaktionen und Allianzen, die sich zwischen 8–10 Gruppenmitgliedern entwickeln können, entstehen viel komplexere Dynamiken.

Das Konzept der Gruppenwirkfaktoren geht vor allem auf die Arbeiten von Corsini & Rosenberg (1955), Yalom (1996) und Bloch & Crouch (1985) zurück und beschreibt – je nach Taxonomie – 11 bis 16 gruppenspezifische Mechanismen der Veränderung in Gruppentherapien, die je nach Gruppe unterschiedlich stark ausgeprägt sein können und zum Therapieerfolg beitragen.

Die Ersten, die unspezifische Gruppenwirkfaktoren veröffentlichten, waren Corsini & Rosenberg (1955). Auf ihrer Konzeptualisierung beruht im Wesentlichen auch die bekannte, teilweise empirisch gestützte Arbeit von Yalom (2007) in seinem Standardwerk „Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie“. Er leitet aus systematischer Forschung elf psychotherapeutische Wirkfaktoren ab, die unabhängig von speziellen Therapieverfahren übergreifend in allen Gruppen wirksam sind (vgl. Tab. 2.1).

Für verhaltenstherapeutische Gruppen sind neben den allgemeinen Wirkfaktoren die von Grawe (1980) eingeführten **instrumentellen Gruppenbedingungen** von Bedeutung. Instrumentell werden sie deshalb genannt, weil sie nicht dem Zufall überlassen, sondern aktiv vom Therapeuten hergestellt bzw. gefördert werden sollen (Sipos & Schweiger, 2018). Die instrumentellen Gruppenbedingungen beinhalten die Faktoren „Kohäsion“, „Vertrauen“, „Selbstöffnungsbereitschaft“ und „Arbeitshaltung“. Sie beruhen auf lerntheoretischen Gesetzmäßigkeiten und werden durch das Interaktionsverhalten aller Gruppenmitglieder und der Therapeuten bestimmt (ebd.): Positive Verstärkung und Löschung durch den Gruppenleiter, aber auch durch die anderen Gruppenmitglieder fördern oder hemmen bestimmte Verhaltensweisen der Teilnehmer. Für eine erfolgreiche Therapie ist die Umsetzung *aller* instrumentellen Gruppenbedingungen unabdingbar. Sind sie nicht ausreichend vorhanden, ist die Gruppe nach Sipos & Schweiger (2018)

geprägt durch Schweigen, wenig Blickkontakt, Grüppchenbildung, Verslossenheit und schlechte Stimmung.

Die elf Gruppenwirkfaktoren von Yalom (2007) wurden zum „universellen Vokabular in den meisten Diskussionen über Gruppenpsychotherapieprozesse“ (Burlingame et al., 2008, S. 182). Deshalb werden sie im Folgenden gemeinsam mit den instrumentellen Gruppenbedingungen tabellarisch vorgestellt. Jeweils unter den Faktoren werden – teilweise in Anlehnung an Summ (2008) – Möglichkeiten beschrieben, wie der Gruppenleiter diese im Rahmen einer psychoedukativen Angehörigengruppe aktiv fördern kann (vgl. Tabelle 2.1).

Tabelle 2.1: *Therapeutische Wirkfaktoren in der Gruppentherapie*

Therapeutische Wirkfaktoren in der Gruppentherapie
<i>Instrumentelle Gruppenbedingungen nach Grawe (1980)</i>
<p>1. Kohäsion/Akzeptanz meint den Zusammenhalt bzw. das Gemeinschaftsgefühl der Gruppe (ist mit „Gruppenkohäsion“ auch Bestandteil der Wirkfaktoren bei Yalom). Dabei dient die Gruppe selbst als Verstärker für die Teilnehmer, sodass sie regelmäßig und pünktlich erscheinen, sich rege beteiligen, der Gruppe Sympathie entgegenbringen etc. Des Weiteren ermöglicht Kohäsion den Teilnehmern, unabhängig vom Gruppendruck, ihre Meinungen und Probleme frei zu äußern und dabei Wertschätzung zu erfahren.</p> <p>→ <i>Die Entwicklung von Gruppenkohäsion kann der Therapeut fördern, indem er auf eine stützende Atmosphäre achtet, in der für alle gleiche Regeln gelten, jeder zu Wort kommt, er den Teilnehmern aktiv zuhört und man sich mit Empathie und Wertschätzung begegnet.</i></p>
<p>2. Offenheit/Selbstoffenbarung in der Gruppe bedeutet, dass sich die Teilnehmer trauen, über sich in der Gruppe zu berichten, ohne Angst und Scham zu verspüren. Hinweise für zunehmende Offenheit sind z. B. spontane Beteiligung und Einfordern von Rückmeldung.</p> <p>→ <i>Der Therapeut sollte die Teilnehmer in ihrer Selbstöffnung unterstützen und ihnen Mut machen, sich in der Gruppe zu offenbaren.</i></p>
<p>3. Optimismus/Vertrauen bezieht sich auf die anderen Gruppenteilnehmer und ist dann gegeben, wenn sich der Einzelne darauf verlassen kann, dass die anderen Gruppenmitglieder ihm wohlgesonnen sind, er sich öffnen kann und dabei in der Gruppe geschützt und gestützt wird. Vertrauen und Offenheit hängen demnach eng zusammen. In einer vertrauensvollen Atmosphäre ist auch das Äußern von Kritik möglich.</p> <p>→ <i>Der Therapeut sollte die Bildung einer vertrauensvollen Atmosphäre unterstützen, indem er die Teilnehmer ermutigt, sich zu öffnen, und unangebrachte Kommentare und Rückmeldungen eingrenzt.</i></p>

Therapeutische Wirkfaktoren in der Gruppentherapie

- 4. Kooperative Arbeitshaltung** sollte in jeder Gruppe unbedingt umgesetzt werden. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass die Teilnehmer regelmäßig und pünktlich erscheinen und die Bereitschaft zeigen, sich in der Gruppe auf Neues einzulassen, kontinuierlich aktuelle Probleme zu lösen und interessiert mitzuarbeiten.

→ Gerade bei manualorientierten, störungsspezifischen Konzepten wie der Psychoedukation besteht die Gefahr eines zu starken therapeutischen Engagements. Die Folge wäre eine zunehmende Passivität aufseiten der Teilnehmer. Der Therapeut sollte stets darauf achten, die psychoedukativen Themen interaktiv mit den Teilnehmern zu erarbeiten, und es kann wirksam sein, die Informationsvermittlung mit eigenen Erfahrungen der Gruppenteilnehmer zu koppeln.

Allgemeine Gruppenwirkfaktoren nach Yalom (2007)

- 1. Hoffnung** wecken bildet die Basis für alle anderen Gruppenwirkfaktoren, denn durch Hoffnung wird sichergestellt, dass die Teilnehmer in der Gruppe bleiben und die Realisierung weiterer Wirkfaktoren ermöglicht wird. Hoffnung in eine Behandlungsmethode kann an sich schon therapeutisch wirksam sein. Hoffnung kann auch durch die anderen Gruppenmitglieder geweckt werden: Jeder Teilnehmer befindet sich meist in unterschiedlichen Stadien der Problembewältigung und durch das Mitteilen von Fortschritten und Erfolgen anderer wird Hoffnung erzeugt.

→ Der Gruppentherapeut soll den Glauben der Angehörigen an die Wirksamkeit des Gruppenprogramms verstärken, eine positive Erwartungshaltung forcieren und negative Vorurteile beseitigen. Er soll die Gruppenteilnehmer dazu ermutigen, von ihren Fortschritten und Erfolgen zu erzählen und auf Therapiefortschritte hinweisen. Denn Hoffnung entsteht vor allem daraus, dass die Fortschritte anderer wiederum Hoffnung in der ganzen Gruppe wecken.

- 2. Universalität des Leidens:** Menschen, die in eine Gruppentherapie kommen, wissen oft nicht, dass andere Teilnehmer ähnliche Probleme und Gefühle haben wie sie selbst. Viele Teilnehmer leiden zu Beginn einer Gruppentherapie unter der Überzeugung, in ihrem Leiden und in ihren Problemen einzigartig zu sein. Durch den Austausch mit Mitbetroffenen wird die Einzigartigkeit des Leidens relativiert. Die Teilnehmer machen die entlastende Erfahrung, andere Menschen mit ähnlichen Schwierigkeiten im Leben kennenzulernen und Verständnis in der Gruppe zu erfahren.

→ Therapeuten sollten die Gruppenteilnehmer motivieren, ihre Probleme und Ängste in der Gruppe offen darzulegen und die Gruppengemeinschaft nach dem Motto „Wir sitzen alle im selben Boot“ zu stärken.

- 3. Mitteilen von Informationen:** Ausführliche Informationen über das Krankheitsbild (also Psychoedukation) helfen, sich mit eventuellen falschen Vorstellungen über die Krankheit und mit dysfunktionalen Reaktionsweisen auf diese auseinanderzusetzen. Hierunter fällt zusätzlich zur Informationsvermittlung auch das Erteilen von Ratschlägen, Empfehlungen oder Anleitungen (entweder vom Therapeuten oder von den Gruppenteilnehmern).

→ Bei der Informationsvermittlung ist es wichtig, nicht zu abstrakt zu werden, sondern auf Verständlichkeit und Klarheit zu achten. Der Therapeut dient als Übersetzer von Fachwissen mit dem Ziel, die Gruppenteilnehmer zu Experten ihrer Erkrankung zu machen. Es kann sinnvoll und wirksam sein, die Informationen mit eigenen Erfahrungen der Gruppenteilnehmer zu koppeln.

Therapeutische Wirkfaktoren in der Gruppentherapie

4. **Altruismus:** Eine Gruppentherapie ermöglicht den Teilnehmern, zwischen der Rolle des Empfängers von Hilfe und der Rolle des Helfenden zu alternieren. Teilnehmer erleben das Gefühl, gebraucht zu werden und für andere wichtig und wertvoll zu sein. Sie unterstützen sich gegenseitig, zeigen Verständnis für Problemmuster, erzählen von eigenen Erfahrungen und davon, was ihnen geholfen hat. Das gute Gefühl, anderen etwas geben zu können, stärkt das Selbstwertgefühl.

→ *Gegenseitige Unterstützung und Anregungen der Patienten sollten vom Therapeuten gefördert werden. Denn konstruktives Feedback von anderen wird in der Regel bereitwilliger angenommen als Ratschläge vom Therapeuten. Dieser ist und bleibt für viele der „bezahlte Fachmann“, während die anderen Teilnehmer die „reale Welt“ repräsentieren.*

5. **Korrigierende Rekapitulation des Geschehens in der primären Familiengruppe:** Eine Gruppentherapie bietet die Möglichkeit, Erfahrungen aus der Herkunftsfamilie in der Gruppe neu zu erleben und zu verarbeiten. Viele Gruppenteilnehmer haben in ihren Primärfamilien unangenehme Erfahrungen gemacht und eine Therapiegruppe mit ihren verschiedenen Rollen ähnelt in vielerlei Hinsicht einer Familie. Dies löst bei den Teilnehmern eine Vielzahl von Verhaltensmustern aus. Es kommt zu einer Art Wiedererleben der Familie. So ähneln im Laufe der Therapie die Interaktionen zwischen den Teilnehmern denen aus der Ursprungsfamilie. Alte Familienkonflikte können somit erneut und in korrigierender Form durchlebt und aufgearbeitet werden. Erkenntnisse über eigene Verhaltensmuster, Grundannahmen und verfestigte Rollen (z. B. die Außenseiterposition) können gewonnen werden.

→ *Der Therapeut soll festgefahrene Rollen der Teilnehmer hinterfragen und sie ermutigen, alternative Verhaltensweisen auszuprobieren.*

6. **Entwicklung von sozialer Kompetenz:** Eine Gruppentherapie ermöglicht soziales Lernen. Für viele Teilnehmer stellt die Gruppe die einzige Gelegenheit dar, präzises Feedback über die Art des Umgangs mit anderen zu erhalten. Im gruppentherapeutischen Prozess können dysfunktionale Verhaltensweisen bewusst verändert und durch alternative Verhaltensweisen ersetzt werden. Die Wirkung alter und neuer Verhaltensweisen auf die Gruppe, aber auch auf die Selbstwahrnehmung können überprüft werden. Die in der Therapie neu erlernten Verhaltensweisen und Erkenntnisse bilden die Grundlage sozialer Intelligenz, denn sie helfen den Gruppenteilnehmern später im Umgang mit anderen Menschen.

→ *Aufklärung, Lernen am Modell und direkte Anweisungen durch den Therapeuten helfen, die Kommunikation unter den Teilnehmern anzuregen und zu verbessern.*

7. **Imitationsverhalten:** In Gruppentherapien fungieren die anderen Gruppenmitglieder und der Therapeut als Modell. Teilnehmer suchen Personen in der Gruppe (Gruppenmitglieder oder Therapeuten), mit denen sie sich identifizieren können, und lernen voneinander, indem sie sich beim Lösen ihrer Probleme beobachten.

→ *Der Therapeut sollte sich seiner Modellfunktion in der Gruppe bewusst sein und dementsprechend die Kommunikation in der Gruppe gestalten.*

Therapeutische Wirkfaktoren in der Gruppentherapie

- 8. Interpersonales Lernen:** Der Vorteil von Gruppentherapien ist, dass interpersonale Kommunikation nicht nur auf der kognitiven Ebene verstanden, sondern auch ganz konkret erlebt werden kann. Yalom betont, dass Gruppentherapie ein emotionales *und* ein korrigierend wirkendes Erlebnis ist. Zudem können die Gruppenmitglieder durch Feedback der Teilnehmer oder Selbstbeobachtung ihren zwischenmenschlichen Umgang mit anderen verbessern und dysfunktionale Muster in der Beziehung zu anderen leichter erkennen und korrigieren.

→ Der Therapeut kann aktiv Feedback unter den Teilnehmern einholen. *Durch die zeitliche Begrenzung von Psychoedukationsgruppen kann es ratsam sein, gegebenenfalls wichtige Aspekte des interpersonales Lernens in begleitender Einzeltherapie zu bearbeiten.*

- 9. Gruppenkohäsion:** Gruppenkohäsion bezeichnet den Zusammenhalt in einer Gruppe, das Gemeinschaftsgefühl, das „Wir-Gefühl“. Sie entwickelt sich, wenn die Teilnehmer von der Gesamtgruppe (also vom Gruppengeist) und voneinander profitieren können. Gruppenkohäsion ist somit das Gegenstück zur therapeutischen Beziehung in der Einzeltherapie.

→ *Durch Schaffung einer vertrauensvollen Gruppenatmosphäre kann der Therapeut die Entwicklung von Gruppenkohäsion unterstützen, in der sich die Gruppenmitglieder ohne Angst vor Kritik aktiv einbringen können (z. B. durch das Aufstellen von Gruppenregeln, durch eine Atmosphäre der Akzeptanz und Empathie oder durch Transparenz im therapeutischen Prozess).*

- 10. Katharsis:** Wichtige Gefühle können in dem geschützten Rahmen der Gruppe zugelassen und einer Änderung zugänglich gemacht werden. Katharsis und Kohäsion sind eng miteinander verbunden. Eine vertrauensvolle Atmosphäre in der Gruppe ermöglicht erst das Äußern von Bedürfnissen und Gefühlen (z. B. traut sich ein Gruppenteilnehmer zu weinen, anstatt es zu unterdrücken).

→ Auch hier fungiert der Gruppenleiter als Modell und kann so die einzelnen Gruppenmitglieder beim Erlernen dieser Fähigkeiten unterstützen.

- 11. Existenzielle Faktoren:** Gruppen kommen immer wieder auf existenzielle Themen wie Leben und Tod oder Krankheit und Gesundheit. Es geht um Akzeptanz und existenzielle, bedeutsame Einsichten aufseiten der Gruppenteilnehmer, z. B. wer man ist oder welche eigenen Motive man hat. Aber auch, dass jeder mit seinem Leben selbst fertig werden muss und dass trotz Unterstützung und Hilfe von anderen jeder für sein Leben selbst verantwortlich ist.

→ Der Therapeut kann helfen, entsprechende Themen (z. B. die Erkrankung des Betroffenen) im Leben der Teilnehmer als unveränderlich zu akzeptieren. Damit unterstützt er die Teilnehmer, sich in der Gruppentherapie auf Veränderbares zu fokussieren.

Auch wenn die Bezeichnungen der Gruppenwirkfaktoren zum Teil aus psychodynamischen Therapiekonzeptionen stammen, schätzen auch die Patienten verhaltenstherapeutischer Gruppentherapien ihre Bedeutsamkeit als hoch ein (Zoubek, 2013). Beispielsweise gilt der Wirkfaktor *Universalität des Leidens* in verhaltenstherapeutischen Gruppen als Prädiktor für den späteren Behandlungserfolg (Fiedler, Niedermeier & Mundt, 1986).

Obwohl es viele empirische Untersuchungen zu den Gruppenwirkfaktoren gibt, ist noch unklar, wie die Faktoren zu erheben sind, wie sie untereinander interagieren und ob sich tatsächlich bedeutsame Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg nachweisen lassen (Dierick & Lietaer, 2008; Kivlighan & Tarrant, 2001; Schmitz-Buhl, Kriebel & Paar, 1999; Zoubek, 2013).

Nach Yalom (2007) ist es unmöglich, die Wirkfaktoren hierarchisch zu ordnen, da sie zahlreichen Einflüssen unterliegen – der Art und der konkreten Phase der Therapie, den Kräften außerhalb der Gruppe und individuellen Unterschieden.

Summiert man die Ergebnisse der Studien zu psychodynamisch orientierten Gruppentherapien, so werden in der subjektiven Bedeutsamkeit der Teilnehmer vor allem die Faktoren *Kohäsion*, *Katharsis*, *Feedback (interpersonales Lernen – Input)* und *Einsicht* genannt (Tschuschke, 2010; Yalom, 2007), während in den meisten Studien *Rekapitulation der Primärfamilie* (Tschuschke, 2010) in der subjektiven Bedeutsamkeit an letzter Stelle steht. Nach Bieling et al. (2007) sind in kognitiv-behavioralen Gruppentherapien die Faktoren *Optimismus*, *Universalität des Leidens*, *Psychoedukation* und *Modelllernen*, *Altruismus*, *Feedback*, *Gruppenkohäsion* und *Offenheit* am wichtigsten.

Studien weisen darauf hin, dass in erfolgreichen Gruppentherapien die Wirkfaktoren über den Verlauf hinweg zunehmen, sich gegenseitig bedingen und vom interpersonellen Verhalten der Gruppenteilnehmer abhängen (Johnson, Burlingame, Olsen, Davies & Gleave, 2005; Lindgren, Barber & Sandahl, 2008; Zoubek, 2013).

2.7. Phasenkonzepte von Gruppenentwicklungen

Die im vorherigen Abschnitt beschriebenen Wirkfaktoren der Gruppentherapie werden möglicherweise zeitlich versetzt und aufeinander aufbauend realisiert. Dieser Umstand wird in Phasenmodellen von Gruppentherapien wiedergegeben: Es wird davon ausgegangen, dass die Gruppe innerhalb der Gruppentherapie verschiedene Phasen, Stadien oder Abschnitte durchlebt und je nach Phase die Gruppenwirkfaktoren unterschiedlich stark realisiert werden (MacKenzie, 2001; Zoubek, 2013).

In der Literatur gibt es zahlreiche Theorien, die sich mit Gruppenentwicklungen beschäftigen (Beck & Lewis, 2000; Burlingame et al., 2008; MacKenzie, 2001). Nach Burlingame (2008) überschneiden sich die Theorien in folgenden Annahmen: Erfolgreiche Gruppen durchlaufen vorhersagbare Entwicklungsstufen, wobei angenommen wird, dass das erfolgreiche Durchlaufen einer Entwicklungsstufe unerlässlich für das Erreichen höherer Entwicklungsstufen ist. Dabei wird in der Literatur zwischen *linearen* und *zyklischen* Modellen der Gruppenentwicklung unterschieden (MacKenzie, 2001; Tschuschke, 2001,

2010, 2013). Das heißt: Die Gruppenentwicklung kann entweder linear aufeinanderfolgend verlaufen oder zyklisch stattfinden, bevor es zu weiteren Veränderungen bzw. Fortschritten kommt.

Für die Annahme einer ansteigenden linearen Komplexität von Gruppenprozessen lassen sich empirische Belege finden, insbesondere bei Untersuchungen von geschlossenen und zeitlich begrenzten Gruppen (Burlingame et al., 2008): beispielsweise von geringer zu hoher Kohäsion (Castonguay et al., 1998; McNair-Semands & Lese, 2000), von wenig zu viel Engagement (Kivlighan & Goldfine, 1991), von viel zu wenig Vermeidung (Kivlighan & Tarrant, 2001) und von wenig zu einer zunehmend reiferen Form und graduellen Vertiefung des Gruppenerlebens (Corey, 2000; MacKenzie, 1994, 2001; Strauß, 2009; Yalom, 2007).

2.7.1. Aktueller Forschungsstand

Grundlegende Ansichten der Forschung zu Gruppenentwicklungen sind, dass die Entwicklung stetig und vorhersagbar verläuft, vergleichbare Entwicklungsmuster in allen Gruppen auftreten, spätere Entwicklungen auf vorhergehenden Entwicklungen aufbauen und das Gruppensystem an interaktioneller Komplexität zunimmt (Zoubek, 2013). Obwohl es in der Literatur eine Vielzahl von Theorien zu Phasen von Gruppentherapieentwicklungen gibt, gestaltet sich die Literaturrecherche insgesamt mühsam – die Quellen sind überwiegend veraltet und die Autoren postulieren verschiedene Phasen, und zwar von einfachen dreistufigen bis hin zu komplexen neunstufigen Modellen – es findet sich kein einheitliches Konzept. Auch in den etwas aktuelleren Übersichtsarbeiten (Crawford, Price & Price, 2015; Tschuschke, 2001, 2010, 2013) werden nach wie vor die „alten Autoren“ zitiert. Im Folgenden wurde versucht, die häufigsten in der Literatur genannten Modelle in Tabelle 2.2 überblicksweise zusammenzufassen, um den aktuellen Forschungsstand diesbezüglich aufzuzeigen (vgl. Crawford, Price & Price, 2015; Tschuschke, 2001, 2010, 2013).

Tabelle 2.2: Überblick über Phasenkonzepte von Gruppenentwicklungen

Autor	Phasen der Gruppenentwicklung
Bennis & Shepard (1956)	<ul style="list-style-type: none"> - zwei Phasen mit je drei Subphasen <ul style="list-style-type: none"> a. Abhängigkeit und Beziehungen zur Macht b. Abhängigkeit/Unterwerfung c. Gegenabhängigkeit d. Machtbeziehungen - Interdependenz und persönliche Beziehungen <ul style="list-style-type: none"> d. Verzauberung e. Entzauberung f. Konsensuelle Validierung

Autor	Phasen der Gruppenentwicklung
Martin & Hill (1957)	sechs Phasen <ul style="list-style-type: none"> - individuelles Verhalten in einer auferzwungenen Struktur - Reaktivierung fester interpersonaler Einstellungen - Exploration von interpersonalem Potenzial innerhalb der Gruppe - Bewusstwerden von Wechselbeziehungen, Subgruppen und Machtstrukturen - Bewusstwerden über Gruppendynamiken und Verlaufsproblematiken - die Gruppe als effektives, integratives, kreatives und soziales Instrument
Schutz (1958)	drei Phasen <ul style="list-style-type: none"> - Akzeptanz („inclusion“) - Kontrolle („control“) - Zuneigung („affection“)
Garland et al. (1965)	fünf Phasen <ul style="list-style-type: none"> - unreife Beziehungsaufnahme („preaffiliation“) - Macht/Kontrolle („power/control“) - Nähe („intimacy“) - Differenzierung („differentiation“) - Beendigung/Trennung („termination/separation“)
Tuckman (1965) Tuckman & Jensen (1977)	fünf Phasen <ul style="list-style-type: none"> - Formung der Gruppe („forming“) - Affektaufruhr („storming“) - Normenbildung („norming“) - Leistung („performing“) - Trennung/Verlust („adjourning“)
Beck et al. (1974)	neun Phasen <ul style="list-style-type: none"> - Kontrakterstellung - Bildung einer Gruppenidentität, Klärung von Zielen - Beginn einer kooperativen Arbeit - Intimitätsphase - Fokussierung von Abhängigkeits- und Unabhängigkeitsaspekten, Etablierung von Gegenseitigkeit - Übernahme von Verantwortung - vollständige Offenheit und Selbstkonfrontation (intensivste Phase der Gruppentherapie) - Ziehen von Bilanz und Transfer des Gelernten - Umgang mit Trennung und Verlust
Budman & Gurman (1988)	fünf Phasen <ul style="list-style-type: none"> - Beginn der Gruppe - Frühe Gruppe - Halbzeit der Gruppe - Späte Gruppe - Beendigungsphase
Howard et al. (1993)	Phasenmodell therapeutischer Veränderung <ul style="list-style-type: none"> - Remoralisierungsphase - Remediationsphase - Rehabilitationsphase
MacKenzie (1997)	Vierstufenmodell <ul style="list-style-type: none"> - Engagement - Differenzierung (Konflikt) - Interpersonelle Arbeit - Beendigung der Gruppe/Trennung

Von den in Tabelle 2.2 genannten Phasen der Gruppenentwicklungen erhält nach Tschuschke (2010) am ehesten das Modell von Tuckman (1965) allgemeine Akzeptanz. Zudem wird in der Literatur häufig das Modell von Howard et al. (1993) genannt (z. B. von Grissom, 2002; Lutz et al., 2009; Rubel, Zimmermann, Müller & Lutz, 2017; Schmitz-Buhl et al., 1999; Sembill, Vocks, Kosfelder & Schöttke, 2017; Zoubek, 2013), weshalb im Folgenden auf diese beiden Phasenmodelle eingegangen wird. Außerdem wird das bereits erwähnte Vierstufenmodell der Gruppenentwicklung von MacKenzie (1997) vorgestellt, da es eine Zusammenfassung der in der Literatur zu findenden Entwicklungsmodelle darstellt.

Die Entwicklungsphasen sind auch in Hinblick auf die unterschiedlichen Wirkfaktoren in Gruppentherapien bedeutsam, weshalb die oben vorgestellten (psychoedukativen) Gruppenwirkfaktoren nach Grawe (1980, 2005), Yalom (2007) und Mühling und Jacobi (2011) in der folgenden Beschreibung herausgearbeitet und markiert werden. Dabei wird die Kennzeichnung der Wirkfaktoren von MacKenzie (1997) in seinem Vierstufenmodell übernommen und die in der jeweiligen Phase realisierten Wirkfaktoren werden **fett** hervorgehoben.

2.7.2. *Fünf Phasen der Gruppenentwicklung nach Tuckman (1965) und Tuckman & Jensen (1977)*

Nach Tuckman (1965) durchlebt jede Gruppe vier verschiedene Entwicklungsstadien: *forming*, *storming*, *norming* und *performing*. Später fügten Tuckman & Jensen (1977) noch eine fünfte Stufe hinzu: das *adjourning*. Das Phasenmodell lässt sich den linear progressiven Modellen zuordnen: Um eine höhere Phase zu erreichen (z. B. *performing*), müssen erst vorherige Phasen (*forming*, *storming* und *norming*) durchlaufen werden.

Im Folgenden werden neben der Beschreibung der Phasen auch die in der jeweiligen Phase anfallenden Aufgaben des Gruppenleiters dargestellt (vgl. Myers & Anderson, 2008; Strauß & Mattke, 2012):

- **Orientierungsphase („forming“)**

In der Orientierungsphase findet das erste Zusammentreffen der Gruppenmitglieder statt und sie lernen sich kennen. Es herrscht viel Interaktion und eher oberflächliche Kontaktaufnahme. Jeder Einzelne bringt langsam seine Erwartungen und Einstellungen ein. Einige Teilnehmer stellen sich zu diesem Zeitpunkt die Frage, ob sie von der Gruppe akzeptiert und angenommen werden. Es kommt nur vorsichtig zu mehr **Selbstöffnung**; niemand möchte sich auf dem Weg zur **Akzeptanz** falsch äußern. Diese Unsicherheiten sind für die Orientierungsphase typisch. Die Leistungsfähigkeit der Gruppe ist in dieser

Phase noch nicht stark ausgeprägt; andere Themen wie Findung und Bildung eines **Zusammenhalts** stehen im Vordergrund. Durch den ersten Austausch zwischen den Gruppenmitgliedern werden Gemeinsamkeiten (**Universalität des Leidens**) entdeckt.

→ Während sich die Gruppe langsam kennenlernt und die Teilnehmer eigene Erwartungen und Einstellungen mit denen der anderen abgleichen und dabei ihre Grenzen behutsam austesten, steht der Gruppenleiter im Fokus. Sein Verhalten ist in dieser Situation maßgeblich und richtungsweisend. Er sollte bestenfalls den Prozess des Kennenlernens unterstützen, für ein **angenehmes Gruppenklima** sorgen, **Vertrauen** fördern und den Meinungsaustausch zwischen den Teilnehmern anregen.

- **Konfrontationsphase (storming)**

Die zweite Phase ist die Konfrontationsphase; es kommt aufgrund charakterlicher Unterschiede und herausgebildeter Rollenverteilungen zu ersten Machtspielen und Rivalitäten und es entstehen Konflikte und Spannungen innerhalb der Gruppe. Letztlich stellen die Kämpfe um Macht und Kontrolle einen Versuch dar, Vertrauen und Sicherheit in der Gruppe herzustellen und einen Gruppenzusammenhalt aufzubauen. In dieser Phase kann es bezüglich des Konfliktverhaltens zu **Imitationsverhalten**, **interpersonalem Lernen** und zur **Entwicklung sozialer Kompetenz** kommen. Darüber hinaus kann der konfliktreiche Charakter der Phase zu einem Wiedererleben alter Konflikte in der Primärfamilie führen, welche bereits in dieser Phase in korrigierender Form durchlebt werden können (**Rekapitulation der Primärfamilie**).

→ Der Gruppenleiter sollte zu Konflikten ermutigen, jedoch Angriffe unterbinden. Er macht Vorschläge zur Konfliktbearbeitung und lässt jeden zu Wort kommen. Dabei fungiert er als Modell und kann so zu **Imitationsverhalten** führen. Zudem kann er durch Herausarbeiten der ersten Erfolge in der Gruppe die Motivation der Teilnehmer aufrechterhalten (**Ressourcenaktivierung**). Ziel ist es, eine Basis für die weitere Gruppenarbeit zu schaffen.

- **Kooperationsphase (norming)**

Nachdem sich alle Gruppenmitglieder kennengelernt haben, alle Rollen verteilt sind und die bedeutendsten Konflikte gelöst wurden, kommt es in der Kooperationsphase dazu, klare Regeln und Absprachen zu treffen, um eine gelungene Zusammenarbeit zu gewährleisten. Diese Phase ist im Gruppenprozess gekennzeichnet durch gegenseitige Unterstützung und Engagement (**kooperative Arbeitshaltung**). Es kommt zu einem **Gruppenzusammenhalt** und einem Gemeinschaftsgefühl; **Vertrauen** hat sich aufgebaut. Erstmals entsteht ein Miteinander; die Gruppenmitglieder orientieren sich mehr an

der Gruppe als an sich selbst. Durch Feedback der Teilnehmer ist **interpersonales Lernen** möglich. Wichtig ist, dass die vorherigen beiden Phasen erfolgreich durchlebt wurden und eine konstruktive Konfliktkultur etabliert wurde. Sonst kann es in dieser Phase ebenfalls immer wieder zu Konflikten kommen.

- Der Gruppenleiter sollte die Stärken der Gruppenmitglieder herausarbeiten (**Ressourcenaktivierung**), die Gruppe beraten und die Entwicklungen in der Gruppe in richtige Bahnen lenken. Zudem sollte er auf die Einhaltung der vereinbarten Gruppenregeln achten (**Vertrauen**).

- **Wachstumsphase (performing)**

In der Wachstumsphase ist die Gruppe in ihrer Höchstleistungsphase; sie arbeitet geschlossen zusammen und es kommt zu einer großen Hilfsbereitschaft untereinander. Diese Phase zeichnet sich durch Produktivität und Effizienz aus. Das aufgebaute **Vertrauen** und die **Kohäsion** verfestigen sich und ermöglichen den Teilnehmern, sich zu öffnen und Gefühle zu offenbaren (**Selbstöffnung und Katharsis**). **Offener Austausch** und **Feedback** stehen im Fokus dieser Phase und ermöglichen **interpersonales Lernen**. Das Beobachten anderer beim Lösen von Problemen kann zur **Entwicklung von sozialer Kompetenz** und zu **Imitationsverhalten** führen.

- Der Gruppenleiter ist in dieser Phase etwas passiver; er darf sich mehr zurücknehmen.

- **Auflösephase (adjourning)**

In der fünften und letzten Phase finden Auflöseprozesse statt; die Gruppe wird auf das Therapieende vorbereitet und schließlich trennt sie sich. Gruppenbeziehungen lockern sich allmählich wieder auf und die Mitglieder verabschieden sich voneinander. Es kann in dieser Phase zu einem Motivationsdefizit einzelner Gruppenmitglieder kommen, da Unklarheit über die Zukunft besteht. Zentrale Themen in dieser Phase sind Verlust und Abschied und dies kann zu schmerzlichen Gefühlen führen. Die Teilnehmer gelangen zu der Einsicht, nach der erlebten Unterstützung in der Gruppe wieder allein mit ihrem Leben zurechtkommen zu müssen (**existenzielle Einsicht**).

- Der Gruppenleiter sollte die Gruppe für ihren Erfolg loben und durch Resümieren der erreichten Fortschritte durch die Therapie die **Ressourcen** der Teilnehmer aktivieren. Er kann **Feedback** und Hilfestellung für die zukünftige Orientierung geben (**Hoffnung**).

Abbildung 2.1 veranschaulicht die Gruppenphasen von Tuckman & Jensen (1977) und zeigt den Verlauf der Gruppenentwicklung nach diesem Modell mit einem Abfall der Leistung in der zweiten Phase.

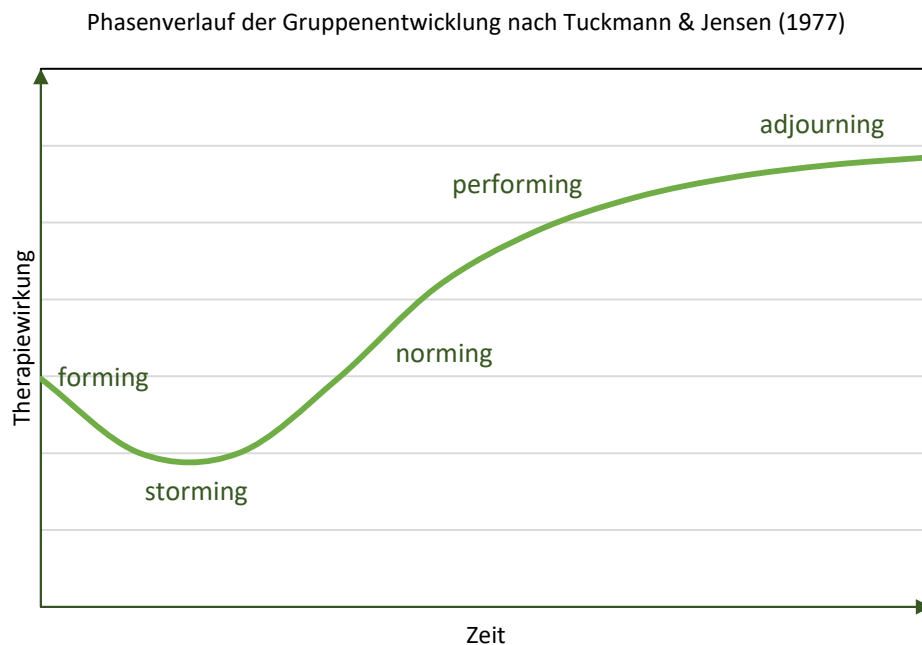


Abbildung 2.1: Fünf Phasen der Gruppenentwicklung nach Tuckman & Jensen (1977)

2.7.3. Phasenmodell therapeutischer Veränderung von Howard et al. (1993)

Das Phasenmodell von Howard et al. (1993) beschreibt den Verlauf der Genesung in erfolgreichen Psychotherapien. Es ist ein therapieschulenunabhängiges Modell und gilt für psychotherapeutische Prozesse sowohl in Einzel- als auch Gruppentherapien. Dieses Modell baut auf dem Aufwand-Wirkungsmodell (Howard, Kopta, Krause & Orlinsky, 1986) auf, welches den Zusammenhang zwischen der Anzahl an therapeutischen Sitzungen und der therapeutischen Wirkung beschreibt. Die Beziehung zwischen Therapiedosis und Therapieergebnis lässt sich in einer negativ beschleunigten Kurve abbilden (vgl. Abbildung 2.2): Demnach besteht in den ersten Sitzungen einer Therapie das größte Veränderungspotenzial, während mit zunehmender Therapiedauer der prozentuale Zuwachs von Verbesserungen geringer wird (Howard et al., 1986; Zaunmüller & Lutz, 2012). Diesen Sachverhalt haben Howard et al. (1993) in ihrem Phasenmodell therapeutischer Veränderung abgebildet. Es beschreibt den Zusammenhang zwischen Therapiedosis und Therapiewirkung durch eine Abfolge von drei zeitlich aufeinanderfolgenden Phasen des therapeutischen Veränderungsprozesses: die Remoralisierungsphase (Wohlbefinden), die Remediationsphase (Symptomatik) und die Rehabilitationsphase (Funktionsfähigkeit/interpersonale Probleme).

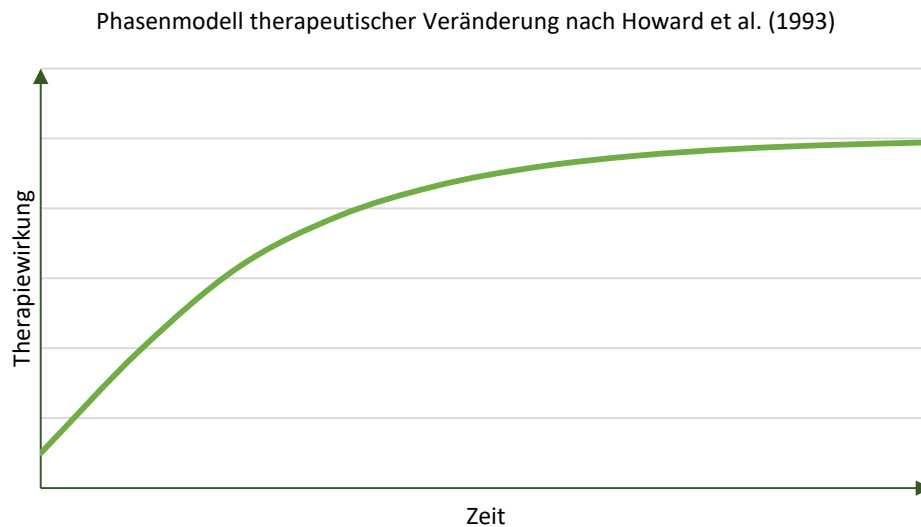


Abbildung 2.2: *Beziehung zwischen Therapiedosis und Therapiewirkung – Phasenmodell therapeutischer Veränderung nach Howard et al. (1993)*

Obwohl sich das Modell von Howard et al. (1993) auf Einzel- und Gruppenpsychotherapien bezieht, werden in der Literatur die Phasen meist anhand von Einzeltherapien von *Patienten* beschrieben (vgl. Howard et al., 1993; Howard, Moras, Brill, Martinovich & Lutz, 1996; Rubel et al., 2017; Zoubek, 2013). Da es sich in vorliegender Studie um *Angehörigengruppen* handelt, wurde die folgende Beschreibung der einzelnen Phasen von der Autorin dieser Studie angepasst und auf Angehörige in Psychoedukationsgruppen bezogen.

- **Remoralisierungsphase**

Häufig sind Angehörige psychisch Kranker demoralisiert, verzweifelt und hoffnungslos (Bailey, 2014; Bailey & Grenyer, 2014; Pitschel-Walz et al., 2016). In der Remoralisierungsphase geht es primär um die Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens. Es werden positive Erwartungen und Hoffnungen der Angehörigen geweckt und sie schöpfen Mut, sich durch die Therapie besser zu fühlen. Häufig haben sie Angst, mit der Erkrankung des Betroffenen nicht zurechtzukommen. In diesem Kontext bietet die Psychoedukationsgruppe Unterstützung: Es kommt in dieser Phase unter den Gruppenteilnehmern zur **Hoffnung auf Besserung**, zum **Austausch von Erfahrungen und Erfolgserlebnissen** und dadurch auch zur **Ressourcenaktivierung**, zur Entwicklung von **Vertrauen**, zur Bildung eines Zusammengehörigkeitsgefühls bzw. einer **Gruppenkohäsion**, zur Feststellung gemeinsamer Anliegen und Probleme bzw. **Universalität** und **Akzeptanz**, und ihnen wird eine **Erklärung** für die Symptomatik des Betroffenen gegeben. Durch diese Prozesse kann eine positive Spirale in Gang gesetzt werden, in der die

Teilnehmer sich gewappnet fühlen, sich den Problemen bezüglich der Erkrankung des Betroffenen zu stellen. Demoralisierung spricht schnell auf Psychotherapie an, weshalb eine Remoralisierung in wenigen Sitzungen erreicht werden kann. Dies kann in einigen Fällen ausreichen, um eigene Bewältigungsmöglichkeiten zu aktivieren und die Teilnehmer in die Lage zu versetzen, die Probleme eigenständig zu lösen. Andere Teilnehmer hingegen werden im Anschluss an dieses Anfangsstadium eine zweite Therapiephase durchlaufen oder die Gruppentherapie gleich in der zweiten Phase beginnen, der Remediationsphase (vgl. Grawe, 2005; Howard et al., 1993, 1996; Rubel et al., 2017; Yalom, 2007; Zoubek, 2013).

- **Remediationsphase**

In dieser Phase wird eigentlich die Symptomatik der Patienten reduziert und/oder eine Lösung aktueller Lebensprobleme gesucht. Im Falle von Angehörigen geht es eher um eine Reduktion von Wissenslücken (**Vermittlung von Informationen**) und darum, Veränderungen anzustoßen und dysfunktionale Einstellungen und Verhaltensweisen dem Patienten gegenüber zu identifizieren (**motivationale Klärung**). Durch die Konfrontation mit eigenen dysfunktionalen Mechanismen kommt es im (psychoedukativen) Gruppenprozess zu Konflikten, Herausforderungen und **interpersonalem Lernen**. Fortschritte in dieser Phase erfolgen in der Regel nur schrittweise, weshalb sie länger andauert, als die erste Phase. Anschließend werden viele Gruppenteilnehmer in die sogenannte Rehabilitationsphase übergehen (vgl. Howard et al., 1993, 1996; Rubel et al., 2017; Zoubek, 2013).

- **Rehabilitationsphase**

In der letzten Phase geht es um die Wiederherstellung und/oder Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus, das Ablegen alter dysfunktionaler Muster und das **Erlernen neuer Fähigkeiten**. Nach Howard (1993) findet in dieser Phase die eigentliche Psychotherapie statt. Angehörige sollen ihre durch die Psychoedukation erlernten neuen Strategien trainieren und im privaten Umfeld einsetzen (**Problemaktualisierung**). Es sollen neue funktionale Copingstrategien im Umgang mit dem Betroffenen stabilisiert werden. Im Gruppenprozess werden der **Gruppenzusammenhalt** vertieft, **Ressourcen aktiviert**, Fortschritte gewürdigt und es wird zum **Lernen neuer Strategien** in verschiedenen Lebensbereichen angeregt. Während des Erfahrungsaustausches fungieren andere Gruppenteilnehmer beim Lösen ihrer Lebensprobleme als **Modell** und über Rückmeldungen unter den Teilnehmern kommt es zu **sozialem Lernen**. Abschließend folgt die Beendigung der Therapie (vgl. Howard et al., 1993, 1996; Rubel et al., 2017; Zoubek, 2013).

Dabei nehmen Howard et al. (1993) eine Abhängigkeit der Phasen an: Verbesserungen in der Remoralisierungsphase sind eine Voraussetzung für Besserungen in der Remediationsphase. Und Verbesserungen in der Remediationsphase sind eine Bedingung für Besserungen in der Rehabilitationsphase (vgl. Abbildung 2.3). Gleichzeitig können die Gruppenteilnehmer die Therapie in jeder der drei Phasen starten oder beenden, sodass nicht alle Gruppenteilnehmer alle Phasen vollständig durchlaufen. Möglicherweise werden z. B. stark demoralisierte Angehörige am stärksten von der Remoralisierung zu Beginn profitieren und dort einsteigen. Hingegen könnten wenig demoralisierte Angehörige schneller an ihren dysfunktionalen Mustern arbeiten wollen und in der Remediationsphase starten (vgl. Zoubek, 2013).

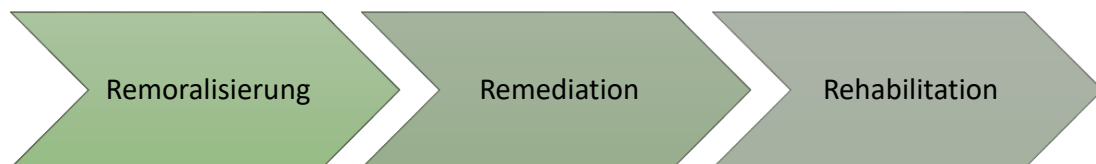


Abbildung 2.3: *Phasenmodell therapeutischer Veränderung von Howard et al. (1993)*

Viele Studien bestätigen den Verlauf der Gruppenentwicklung im Sinne des Phasenmodells psychotherapeutischer Veränderung (z. B. Hilsenroth, Ackerman & Blagys, 2001; Stulz & Lutz, 2007; Swift, Callahan, Heath, Herbert & Levine, 2010). Gleichzeitig konnten einige Studien die Gruppenentwicklung gemäß dem Phasenmodell nur teilweise (z. B. Callahan, Swift & Hynan, 2006) oder nicht belegen (z. B. Joyce, Ogrodniczuk, Piper & McCallum, 2002).

2.7.4. Vierstufenmodell von MacKenzie (1997)

In seinem Vierstufenmodell will MacKenzie (1997) den allgemeinen Konsens der in der Literatur verfügbaren Gruppenentwicklungsmodelle aufzeigen. Das Modell integriert den zyklisch-oszillierend wiederkehrenden Ansatz mit dem progressiv fortschreitenden, linearen Modell. Nach ihm beschreibt es die Gruppenentwicklung am besten: Damit die Gruppe ausreichend Gruppenkohäsion behalten und therapeutische Leistungsfähigkeit entwickeln kann, muss es einen Fortschritt in der Gruppenentwicklung geben, wobei diese Entwicklung zyklisch verlaufen sowie Vor- und Rückwärtsbewegungen enthalten kann, bevor ein qualitativer Sprung das Erreichen der nächsten Phase ermöglicht (MacKenzie, 2001). Das Modell basiert also auf der Annahme, dass sowohl zyklische als auch progressiv-lineare Phänomene in einer voraussagbaren Art und Weise im

Verlauf von Psychotherapiegruppen entstehen und in typische Phasen der Gruppenentwicklung münden (vgl. Abbildung 2.4).

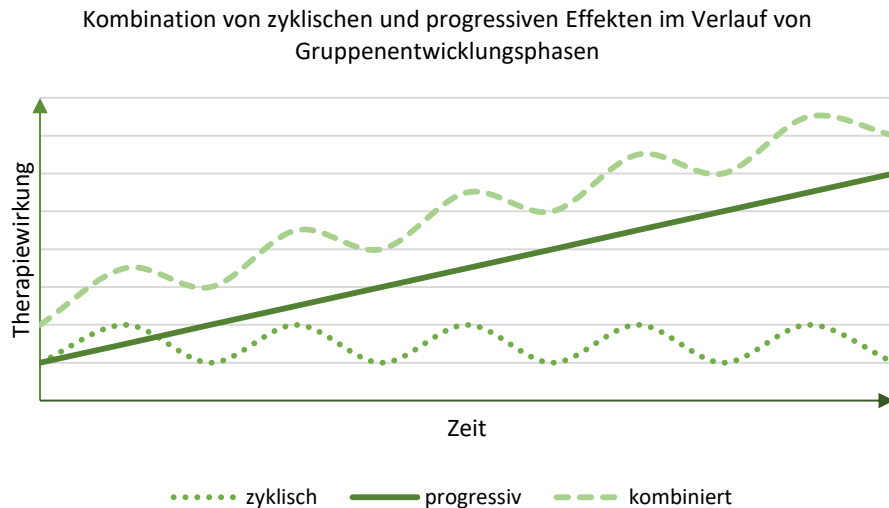


Abbildung 2.4: Theoretischer Verlauf von Gruppenentwicklungsphasen basierend auf wiederholt-zyklischen und progressiv-linearen Effekten (mod. nach MacKenzie, 2001)

Nach MacKenzie (2001) würde sich dieses Modell vereinfacht in folgendem Vierstufenmodell der Gruppenentwicklung ausdrücken:

- **Engagement**

Zu Beginn ist es die Aufgabe der Gruppe, ein Zusammengehörigkeitsgefühl herzustellen, denn ohne dieses Gefühl wäre Gruppentherapie nicht möglich. Die in der Anfangsphase auftretenden **Selbstöffnungen** sind weniger wegen ihres Inhalts wichtig, als vielmehr für das Feststellen gemeinsamer Anliegen und Probleme. Durch die Entdeckung, dass man nicht allein mit seinen Sorgen ist, entsteht ein Mechanismus der **Universalität**. Dies fördert Gefühle von Sicherheit und **Akzeptanz**, was sich in einer zunehmenden **Gruppenkohäsion** niederschlägt. Der Gruppenleiter nimmt eine dezent aktive Rolle ein: Er regt den Austausch zwischen den Gruppenmitgliedern an und realisiert die Gruppenwirkfaktoren wie **Universalität des Leidens, Akzeptanz, Altruismus und Einflößen von Hoffnung**. Die Teilnahme am Gruppenprozess führt zu Gefühlen von Wohlbefinden bei den Gruppenmitgliedern, wenn sie erkennen, dass sie akzeptiert und verstanden werden. Dies wiederum fördert den Mut für weitere Selbstöffnungen, wodurch das Gefühl des Wohlbefindens weiter verstärkt wird (vgl. MacKenzie, 2001).

- **Differenzierung**

Nach der anfänglich positiven Zusammenarbeit in der Engagementphase verändert sich die Atmosphäre in der Differenzierungsphase durch interpersonelle Spannungen, weshalb diese Phase auch „Konfliktphase“ genannt wird. Die Stimmung in der Gruppe ist eher konfrontativ und ärgerlich-nachtragend. Aufgabe der Teilnehmer ist es, Möglichkeiten der Konfliktlösung zu finden und eine Toleranz gegenüber einer negativen emotionalen Atmosphäre aufzubauen. MacKenzie (2001) nennt diese Phase „Differenzierung“, da für diesen Prozess Selbstsicherheit und Selbstdefinition bedeutend sind. Bei den interaktionellen Themen in der Gruppe geht es nicht mehr um Gemeinsamkeiten, sondern um Unterschiede. Schwierige, aber wichtige Themen, die in der Engagementphase noch vermieden wurden, werden angesprochen. Diese Phase ist nicht nur für die Gesamtgruppe herausfordernd, sondern auch durch das Auftreten von negativen oder schambesetzten Gefühlen für jeden einzelnen Teilnehmer. Das Zulassen von Gefühlen kann entlastend wirken (**Katharsis**). Durch den konfrontativen Charakter dieser Phase dürften biografisch bedingte Verhaltensmuster der Teilnehmer zum Tragen kommen. Die Gruppenmitglieder können Erkenntnisse über ihre Grundannahmen und über verfestigte Rollen gewinnen und im Sinne Yaloms (2007) alte **Familienkonflikte in korrigierender Form durchleben**. Dabei können sie sich gegenseitig in ihrem Konfliktverhalten beobachten und voneinander lernen (**Imitationsverhalten**). Die konfrontative Art in dieser Phase bekommt auch der Gruppenleiter zu spüren, indem die Teilnehmer kollektiv versuchen, sich von ihm zu unterscheiden (vgl. MacKenzie, 2001).

- **Interpersonelle Arbeit**

Nach der Konfliktphase kommt es bei den Teilnehmern zu größerer Introspektion und die Gruppe ist nun in der Lage, individuelle Probleme zu lösen (**kooperative Arbeitshaltung**). Es kommt zu einer Geschlossenheit (**Kohäsion**) unter den Mitgliedern, indem schwierige gemeinsame Themen bearbeitet werden. Diese Phase fördert zentrale Themen der interpersonellen Auseinandersetzung und es kommt zu **interpersonellem Lernen**: z. B. Toleranz gegenüber Intimität, Umgang mit Kontrolle/Abhängigkeit in Beziehungen, Ängste bezüglich eines zu starken Einbezugs in die Interaktion, Verlust des Selbst. Das gemeinsame Arbeiten an Problemen fördert **Imitationsverhalten** und die **Entwicklung von sozialer Kompetenz** (vgl. MacKenzie, 2001).

- **Beendigung/Trennung**

Diese Phase kann zu unterschiedlichen Zeitpunkten in einer Gruppe auftreten – je nachdem, ob die Entwicklung der Gruppe gefördert oder behindert wurde. Sie ist intensiver

in Gruppen, in denen die Interaktionen stark ausgeprägt war, die sich über einen langen Zeitraum häufig getroffen haben und die gemeinsam enden. Das Ende einer Gruppe ist für viele Menschen schwierig – gerade für Personen, die psychotherapeutische Hilfe suchen. Daher ist es wichtig, den Abschluss der Gruppe gut vorzubereiten und alle Gruppenmitglieder an dem Beendigungsprozess zu beteiligen. Typische Themen in dieser Phase können sein: nicht genug bekommen zu haben, ein Gefühl der Zurückweisung, die Auseinandersetzung mit Verlust und Trauer sowie die Handhabung der Verantwortlichkeit für sich selbst. Dabei handelt es sich um grundlegende Reifungsthemen, die für das menschliche Leben essenziell sind (**existenzielle Einsicht**). Gerade der Aspekt der begrenzten Zeit einer psychotherapeutischen Gruppe ermöglicht es, diese lebenslang relevanten Themen, die mit Verlust in Verbindung stehen, zu maximieren und erleb- bzw. behandelbar zu machen (vgl. MacKenzie, 2001).

Günstig für ein gutes Therapieergebnis scheint eine frühe starke Engagementphase mit einer folgenden intensiven Differenzierungsphase zu sein (Burlingame, MacKenzie & Strauß, 2004).

2.7.5. Zusammenfassung

Abbildung 2.5 gibt einen Überblick über den Verlauf der oben dargestellten Phasenverläufe von Gruppenentwicklungen. Ihr ist zu entnehmen, dass in dem Phasenmodell von Howard (1993) frühe und rasche Verbesserungen des subjektiven Wohlbefindens in der *Remoralisierungsphase*, eine mittlere Veränderung der spezifischen Problematik in der *Remediationsphase* und eine langsame Einstellung des allgemeinen Funktionsniveaus in der *Rehabilitationsphase* stattfinden (Lueger, 1995; Rubel et al., 2017). In dem Modell von Tuckman und Jensen (1977) kommt es zu einem Leistungsabfall in der zweiten Phase (*storming*), bevor es ähnlich zu dem Modell von Howard zu einem allmählichen Anstieg der Therapiewirkung kommt. Beide Modelle können den linear-progressiven Modellen der Gruppenentwicklung zugeordnet werden. Nach Rickards und Moger (2000) handelt es sich bei solchen Modellen eher um idealisierte Beschreibungen von Gruppenentwicklungen; sie können die Komplexität der Entwicklungsprozesse nicht vollständig erklären: Es könne immer zu einer Rückentwicklung in vorherige Stufen kommen und es sei fraglich, ob alle Gruppen stets die Höchstleistungsphase (z. B. *performing*) erreichen. Daher werden auch zyklische Gruppenentwicklungsmodelle diskutiert. Das Modell von MacKenzie (1997) ist sowohl mit den linear-progressiven Modellen als auch den zyklischen Modellen kompatibel: Es beschreibt einen Verlauf, bei dem es stetig zu Fortschritten in der Gruppenentwicklung kommt, wobei diese Entwicklung zyklisch verlaufen sowie Vor- und Rückwärtsbewegungen enthalten kann.

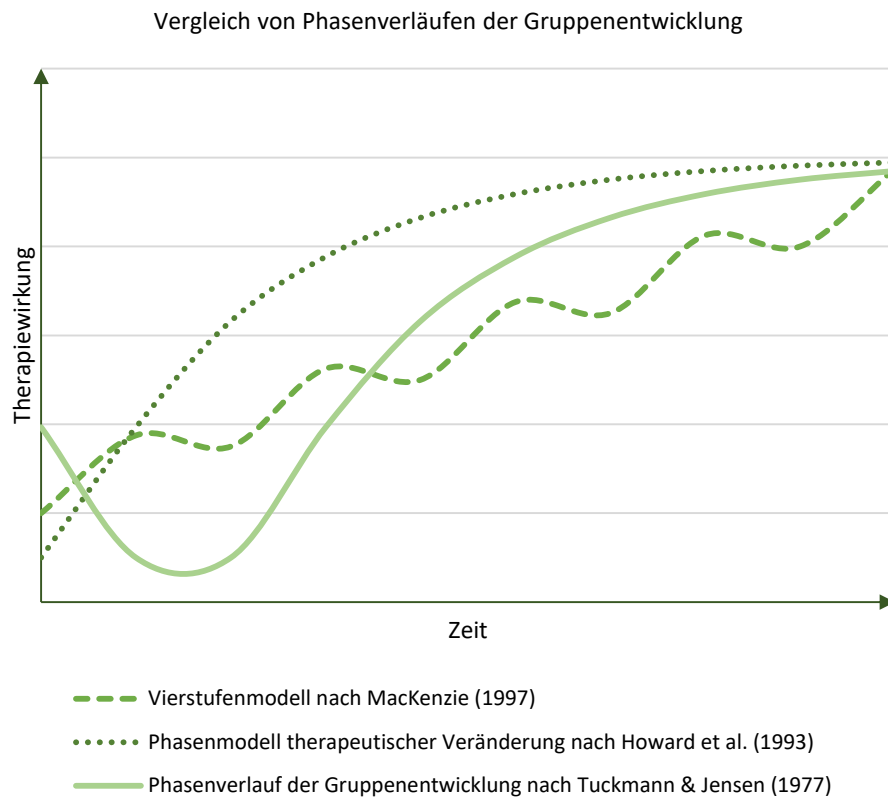


Abbildung 2.5: Vergleich von Phasenverläufen der Gruppenentwicklung nach MacKenzie (1997), Howard et al. (1993) und Tuckman und Jensen (1977)

Gemein ist allen drei Modellen, dass die Gruppenentwicklung insgesamt positiv ist und zunehmend positiver wird. Diese Befunde passen zu empirischen Untersuchungen zu verhaltenstherapeutischen Gruppen: So gibt es Belege dafür, dass Patienten Gruppentherapien insgesamt positiv (z. B. Kundermann, Cabanel, Scharmer & Müller, 2014) und auch zunehmend positiver (z. B. Rief, Bleichhardt & Timmer, 2002) bewerten. Neben dem positiven Trend konnte zusätzlich gezeigt werden, dass einzelne Sitzungen unterschiedlich bewertet werden (z. B. Kundermann et al., 2014).

3. Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die untersuchte Stichprobe in der vorliegenden Studie besteht aus Angehörigen von Patienten mit *Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Im Folgenden wird das Störungsbild genauer beschrieben – insbesondere die Themenbereiche, die in der psychoedukativen Angehörigengruppe behandelt werden.

3.1. Historische Einordnung

Der Begriff „Borderline“ stammt aus dem Englischen und heißt soviel wie „Grenze“ oder „Grenzlinie“. Er wurde erstmals 1938 von Adolf Stern verwendet (Stern, 1938) und geht auf das psychoanalytische Grundverständnis von Freud zurück, der von einem Kontinuum zwischen neurotischen und psychotischen Störungen ausging. Stern verwendete den Begriff, um Phänomene zu beschreiben, die sich an einer unscharfen Grenze, also einer Art Übergangsbereich zwischen Neurose und Psychose befinden (Bohus, 2002). Erst fünfzehn Jahre später, im Jahr 1953, führte Knight erstmals den Begriff „Borderline-Störung“ ein (Knight, 1953). In der Zeit von 1920 bis 1960 wurden viele Arbeiten publiziert, die die Borderline-Störung durch Begriffe wie „borderline-schizophrenia“, „latent schizophrenia“ oder „uncertain borderline schizophrenia“ zunächst dem schizophrenen Formenkreis zuordneten (Kety, Rosenthal, Wender & Schulsinger, 1971). Mitte der 1960er-Jahre entwickelte Kernberg den Begriff der „Borderline Personality Organisation“ (Kernberg, 1967) und verzichtete dabei auf die üblichen Terminologien wie „syndroms“, „states“ oder „disorders“ (Bohus, 2002). Er nimmt damit eine klare Abgrenzung von den Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises vor und prägt den Begriff der „Organisation“ als einen systemischen Begriff von strukturierten, miteinander in Bezug stehenden psychischen Vorgängen. Nach Kernberg werden unter der „Borderline Personality Organisation“ alle schweren Persönlichkeitsstörungen subsumiert, die durch drei Merkmale gekennzeichnet sind: eine „Identitätsstörung“, „primitive Abwehrprozesse“ sowie eine „intakte Realitätstestung“ bei hoher Vulnerabilität gegenüber Veränderungen im sozialen Umfeld (Bohus, 2002; Kernberg, 1967). Im Gegensatz zur Psychose beschränkt Kernberg auftretende psychotische Symptome auf besonders starke Belastungssituationen oder regressionsfördernde Bedingungen. Andere pathologische Auffälligkeiten wie Phobien oder Zwänge sollen im Unterschied zur Neurose ebenfalls nur fluktuierend auftreten (Kernberg, 1967; Stiglmayr, Shapiro, Stieglitz, Limberger & Bohus, 2001). Anders als in der Zeit von 1920 bis 1960, in der die Borderline-Störung wie gesagt dem schizophrenen Formenkreis zu geordnet wurde, war man in den 1980er-Jahren bemüht, sie dem Spektrum der affektiven Störungen zuzuschreiben (Akiskal, 1981). Dabei stand bei der Konzeptualisierung der Borderline-Störung die chronische Dysphorie und affektive

Labilität der betroffenen Patienten im Vordergrund. Im Jahr 1980 wurde die „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ im DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) aufgenommen. Ausschlaggebend für diese Entwicklung war die im Jahr 1975 veröffentlichte Übersichtsarbeit von Gunderson und Singer, in der sie fünf Dimensionen für das Störungsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) vorschlugen, die es auf phänomenologischer Ebene abbilden sollten: (1) intensive, meist depressive oder feindselige Affekte; (2) impulsive Handlungen; (3) zwischenmenschliche Beziehungen, die zwischen flüchtiger Oberflächlichkeit und intensiver Abhängigkeit schwanken; (4) psychoseähnliche Kognitionen und (5) Anpassungsstörungen im sozialen Bereich (Bohus, 2002; Gunderson & Singer, 1975). Anhand dieser Dimensionen entwickelte Gunderson sieben Kriterien, durch die Patienten mit einer BPS mit einer 81%igen Wahrscheinlichkeit von anderen Patienten unterschieden werden konnten. Der Kriterienkatalog des DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) bestand aus diesen sieben Kriterien sowie einem achten von Kernberg vorgeschlagenen Kriterium der „instabilen Identität“ (Bohus, 2002). Bis zur Einführung des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) wurde die BPS in zahlreichen Studien erforscht und die diagnostischen Kriterien der Störung um ein neuntes Kriterium „Vorübergehende, streßabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome“ erweitert (Bohus, 2002). Diese neun Kriterien wurden unverändert in das DSM-5 übernommen (American Psychiatric Association, 2013).

3.2. Klassifikation

Die Diagnosestellung der BPS erfolgt nach dem *Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen* (DSM) der American Psychiatric Association (APA) und/oder der *Internationalen Klassifikation psychischer Störungen* (ICD, Kapitel V (F)) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die aktuellste Version des ICD ist das ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2012) und gilt für alle Gesundheitssysteme der Mitgliedsstaaten der WHO, also auch für Deutschland (Margraf & Schneider, 2009). Die aktuellste Version des DSM ist das DSM-5 (American Psychiatric Association, 2018). Es wurde ursprünglich nur für die USA entwickelt, findet aber aufgrund der Praxistauglichkeit seit dem DSM-III weltweite Geltung (Margraf & Schneider, 2009).

Beide Klassifikationssysteme diagnostizieren die Borderline-Persönlichkeitsstörung *kategorial*, also nach dem (Nicht-)Vorhandensein bestimmter Kriterien. Das ICD übernahm weitgehend die Diagnosekriterien des DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), klassifizierte die Borderline-Störung jedoch nicht als eigenständige Persönlichkeitsstörung, sondern ordnete sie zusammen mit dem „impulsiven Typ“ der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (F60.3) unter. Demnach heißt die offizielle Diagnose

im ICD-10 „emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ“ (F60.31), während sie im DSM-5 als „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ (301.83) bezeichnet wird. An der vorliegenden Pilotstudie haben Angehörige von Patienten mit der Diagnose einer „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ teilgenommen, wobei sowohl Diagnosen nach DSM als auch nach ICD in die Studie eingeschlossen worden wären. In Deutschland sind jedoch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen laut § 295 (1) und § 301 (2) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Abrechnung ärztlicher Leistungen) verpflichtet, Diagnosen nach ICD-10 GM (German Modification) zu verschlüsseln (Becker & Kingreen, 2018). Daher wiesen alle Betroffenen der an dieser Studie teilnehmenden Angehörigen ICD-10-Diagnosen auf. Der Einfachheit halber wird in vorliegender Pilotstudie immer von *Borderline-Persönlichkeitsstörung* (BPS) gesprochen (der Begriff aus dem DSM-5), wobei damit nicht mehr zwischen beiden Diagnosen (ICD-10 und DSM-5) unterschieden wird.

3.3. Diagnostische Kriterien nach DSM-5 und ICD-10

Im DSM-5 wird die BPS anhand eines Kriterienkatalogs von neun Kriterien gestellt, wobei für eine Diagnosestellung fünf der neun Kriterien erfüllt sein müssen (American Psychiatric Association, 2013). Wie oben bereits erwähnt, übernimmt die ICD-10 die phänomenologische, deskriptive Sichtweise des DSM, wobei sie die BPS nicht als eigenständige Persönlichkeitsstörung klassifiziert, sondern der „Emotionalen instabilen Persönlichkeitsstörung“ unterordnet (Dilling & Freyberger, 2012). Eine detaillierte Übersicht über die diagnostischen Kriterien der BPS jeweils getrennt für ICD-10 und DSM-5 ist der Tabelle 3.1 zu entnehmen.

Tabelle 3.1: Gegenüberstellung der diagnostischen Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 und DSM-5 (mod. nach Euler et al., 2018)

ICD-10		DSM-5	
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung		Borderline-Persönlichkeitsstörung	
<ul style="list-style-type: none"> - Für die Diagnose des „Borderline-Typs“ sind drei der Kriterien 1–5 und weitere zwei der Kriterien 6–10 erforderlich. - Die Störung ist unter F60.31 klassifiziert. - Die Diagnose sollte nicht vor dem Alter von 16 Jahren gestellt werden. 		<ul style="list-style-type: none"> • Für die Diagnose sind 5 der 9 Kriterien erforderlich. • Die BPS ist in der Kategorie 301.83 im Cluster B eingeordnet. • Unter 18 Jahren müssen die Charakteristika seit mindestens 1 Jahr vorliegen. 	
1	Deutliche Tendenz unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln	4	Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Essanfälle“) (Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind)
2	Deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden		
3	Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens	8	Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)
4	Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden		
5	Unbeständige und launische Stimmung	6	Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern)
6	Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen“ (einschliesslich sexueller)	3	Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung

ICD-10		DSM-5	
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung		Borderline-Persönlichkeitsstörung	
7	Neigung, sich auf intensive, aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen	2	Ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist
8	Übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden	1	Verzweifelter Versuch, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden (Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind)
9	Wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung	5	Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten
10	Anhaltende Gefühle von Leere	7	Chronische Gefühle von Leere
		9	Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Die kategoriale Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen im vorherigen DSM-IV und ICD-10 wurde viel kritisiert, da sie sich aufgrund der Heterogenität innerhalb von Patientengruppen, diagnostischer Überlappungen und willkürlicher Schwellenwerte als begrenzt erwies (Schaich, Erkens, Schweiger & Faßbinder, 2018). Zukünftig soll daher auch ein dimensionales Verständnis von Persönlichkeit berücksichtigt werden. Das 2013 veröffentlichte DSM-5 enthält zusätzlich zum kategorialen System (in dem die Kriterien der BPS mit denen des DSM-IV übereinstimmen) ein alternatives dimensionales Modell (AMPD) zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen (American Psychiatric Association, 2013): Das Eingangskriterium (Kriterium A) der Persönlichkeitspathologie nach dem AMPD erfasst Beeinträchtigungen im Funktionsniveau der Persönlichkeit auf der Ebene des Selbst (Identität und Selbststeuerung) und der interpersonellen Beziehungen (Empathie und Nähe). Diese werden auf einem Kontinuum anhand 5 verschiedener Schweregrade eingeschätzt (Schweregrad 0 = keine oder geringfügige, 1 = leichte, 2 = mittelgradige, 3 = schwere, 4 = extreme Beeinträchtigung). Die klinische Relevanz („Störung versus keine Störung“) beginnt ab einer „mittleren Beeinträchtigung“ (die Einstufung ist demnach kategorial). Zudem werden problematische Persönlichkeitsmerkmale be-

schrieben (Kriterium B), die in 5 Merkmalsdomänen unterteilt werden (negative Affektivität, Verslossenheit, Antagonismus, Enthemmtheit und Psychotizismus) und insgesamt 25 spezifischere Merkmalsfacetten beinhalten (American Psychiatric Association, 2013; Schaich et al., 2018).

Ausblick ICD-11

Die Entwicklung des ICD-11 ist fast abgeschlossen und im Bereich der Persönlichkeitsstörungen ist – außer bei der BPS – mit großen Veränderungen zu rechnen (Vecchio, 2017). Neben der Abschaffung der einzelnen Persönlichkeitsstörungskategorien ist eine dimensionale Klassifikation geplant. Die Klassifikation soll durch eine Kombination aus einer Schweregradeinteilung der Persönlichkeitsstörungen (leicht, mittel, schwer) und 5 Domänen von Persönlichkeitszügen (Anankasmus, Distanziertheit, Dissozialität, Disinhibition, Negative Affektivität) zur näheren Beschreibung der Funktionsbeeinträchtigung der Person erfolgen (Herpertz, 2018; Schaich et al., 2018). Einzige Ausnahme in Bezug auf die dimensionale Klassifikation soll die BPS sein, deren Klassifikation weiterhin kategorial erfolgen soll (Euler et al., 2018).¹

3.4. Diagnosestellung

Da gem. DSM-5 von den 9 Kriterien nur 5 erfüllt sein müssen, ergeben sich rechnerisch 256 Kombinationsmöglichkeiten für das Erscheinungsbild einer BPS, wodurch die Heterogenität dieser Patientengruppe deutlich wird (Steinert, Steib, Uhlmann & Tschöke, 2014). Umso wichtiger ist eine saubere und präzise Diagnosestellung.

Es liegen Hinweise vor, dass die Diagnosestellung einer BPS nicht erst im Erwachsenenalter, sondern bereits im Jugendalter – insbesondere ab der mittleren Adoleszenz (d. h. ab einem Alter von etwa 14 Jahren) – reliabel und valide möglich ist und auch dann noch dem erforderlichen Kriterium der zeitlich überdauernden Stabilität entspricht (Chanen, Jovev, McCutcheon, Jackson & McGorry, 2008; Euler et al., 2018; Fonagy et al., 2015; Kaess, Brunner & Chanen, 2014; Tyrer, 2015). Entsprechend wurde die Altersgrenze im DSM-5 aufgehoben (American Psychiatric Association, 2013), was ebenfalls für das ICD-11 geplant ist (Tyrer, 2015). Anzumerken ist jedoch, dass die Diagnosestellung häufig zu spät erfolgt, sodass kaum ein adoleszenter BPS-Patient eine störungsspezifische Behandlung erhält (Chanen, Sharp & Hoffman, 2017; Euler et al., 2018), was besonders im Jugendalter schwerwiegende Folgen hat (Chanen & McCutcheon, 2013).

¹ Für das ICD-11 Beta Draft siehe <https://icd.who.int/dev11/l-m/en>; zitiert am 16.10.2018.

Empfohlen zur Diagnosestellung werden strukturierte Interviews wie das International Personality Disorder Examination IPDE (Mombour et al., 1996) oder das Strukturierte Klinische Interview für DSM-5, SKID-5-PD (Beesdo-Baum, Zaudig & Wittchen, 2018). Als Selbstbeurteilungsverfahren eignet sich die Borderline-Symptomliste 95 (BSL-95) bzw. die Kurzversion Borderline-Symptomliste 23 (BSL-23) (Bohus et al., 2001, 2007, 2009). Wichtig ist, die Ergebnisse der Diagnostik transparent mit dem Patienten zu besprechen und ihm über Psychoedukation ausreichend Informationen zur Erkrankung und den Behandlungsmöglichkeiten zukommen zu lassen (Schaich et al., 2018).

Aufgrund der hohen Komorbiditätsrate ist bei dieser Patientengruppe zusätzlich zur gezielten BPS-Diagnostik eine weiterführende Diagnostik empfehlenswert, um die BPS klar von anderen Störungen abzugrenzen (Euler et al., 2018). Empfohlen werden hierfür die Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV, SKID-I und SKID-II, um zusätzliche Problembereiche frühzeitig zu erkennen und spezifische Behandlungen zu ermöglichen (Schaich et al., 2018).

3.5. Klinische Symptomatik

Das Störungsbild der BPS lässt sich beschreiben durch eine deutliche emotionale Instabilität mit starken Stimmungsschwankungen, fehlende Fertigkeiten im Umgang mit Gefühlen wie z.B. Angst, verlassen zu werden, Einsamkeit, Traurigkeit, Scham oder Wut sowie ausgeprägte interpersonelle Schwierigkeiten, die mit Misstrauen und einer erhöhten Sensitivität für soziale(n) Ausschluss und Ablehnung einhergehen (Schaich et al., 2018). Es kommt zu einem ständigen Wechsel von Gefühlen und Verhalten; es fehlt eine dauerhafte Stabilität im eigenen Erleben und im Bezug zur Außenwelt (Schäfer et al., 2010). Zusammenfassend lassen sich folgende Kernsymptome identifizieren: Emotionsregulations- und Identitätsstörungen, Impulsivität und die Beeinträchtigung sozialer Beziehungen (Euler et al., 2018). Die im Folgenden beschriebene Symptomatik der BPS bezieht sich auf den aktuellen Artikel von Schaich, Erkens, Schweiger & Faßbinder (2018).

- ***Emotionsregulationsstörung und interpersonelle Problematik***

Patienten mit BPS sind oft gefangen in einer Ambivalenz zwischen dem großen Wunsch nach Nähe und Geborgenheit in zwischenmenschlichen Beziehungen einerseits und andererseits der durch traumatische Erfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen entstandenen Angst davor, verlassen, abgelehnt oder verletzt zu werden. Die Folge sind Schwierigkeiten in der Nähe-Distanz-Regulation, wodurch soziale Beziehungen von Menschen mit BPS vielen Schwankungen und Konflikten ausgesetzt sind. Langfristig

führen die ausgeprägten Ängste davor, verletzt zu werden, und das interpersonelle Misstrauen dazu, dass sich die Patienten völlig aus Beziehungen zurückziehen oder Beziehung so gestalten, dass die andere Person ihnen nicht zu nahekommen kann. Da BPS-Patienten in zwischenmenschlichen Beziehungen überaus empfindlich sind und eine emotionale Hyperreagibilität aufweisen, können bereits kleinere Auslösesituationen zu einem schnellen und intensiven emotionalen Arousal führen. Patienten mit BPS fehlt die Fähigkeit, diese intensiven Emotionen richtig einzuordnen („Gefühlschaos“). Sie nehmen oft nur einen diffusen, sehr aversiv erlebten Zustand wahr, den sie dringend beenden oder irgendwie regulieren möchten. Durch die Emotionsregulationsschwierigkeiten setzen die Betroffenen als Bewältigungsstrategien oft dysfunktionale Verhaltensweisen ein, um den unangenehmen Zustand zu beenden oder zu vermeiden. Dazu gehören beispielsweise Selbstverletzungen, Suizidandrohungen, Wutanfälle, Dissoziationen, Essanfälle, Substanzmissbrauch oder andere impulsive Verhaltensweisen. Es kommt zu häufigen Schwankungen zwischen Zuständen mit intensiven Gefühlen und Zuständen von innerer Leere und Taubheit, in denen sich Patienten eher emotional abgestumpft, ziellos und von anderen abgeschnitten fühlen. Auch dissoziative Zustände mit Depersonalisations- und Derealisationserleben („Ich bin dann wie weggetreten!“, „Ich weiß gar nicht mehr, wie ich hierher gekommen bin!“, „Ich habe alles nur noch wie unter einer Glasglocke wahrgenommen!“) können auftreten.

- ***Impulsivität***

Die für die BPS typische Impulsivität zeigt sich auf vielen unterschiedlichen Verhaltens-ebnen. Beispielsweise zählen zur Impulsivität Wutanfälle oder schnelle impulsive Entscheidungen, bei denen die Patienten nicht an langfristige Konsequenzen denken. Darüber hinaus zeigt sich die Impulsivität in promiskuitivem Verhalten, impulsivem Einkaufen, impulsivem Gebrauch von Drogen, Medikamenten oder Alkohol, impulsiven Essanfällen oder Hochrisikoverhaltensweisen wie beispielsweise auf Baukräne oder hohe Gebäude klettern, sich auf Bahnschienen setzen, sich in körperliche Auseinandersetzungen mit deutlich Stärkeren begeben, riskantes Sexualverhalten oder riskantes Verhalten im Straßenverkehr.

- ***Identitätsstörung***

Das Selbstbild und die Selbstwahrnehmung sind ebenfalls durch starke Schwankungen geprägt, was sich in häufig wechselnden Plänen und Zielen zeigt.

Patienten berichten oft, dass sie nicht wissen, wer sie eigentlich wirklich sind und was sie sich im Leben wünschen. Hinzu kommen in Bezug auf das Selbstbild starke Selbstabwertungen, wie beispielsweise „Ich bin ein furchtbarer Mensch!“, „Mit mir kann man es nicht aushalten!“, Selbsthass, Scham- und Insuffizienzgefühle.

3.6. Komorbiditäten

Die meisten Patienten mit BPS weisen zusätzlich zur BPS-Diagnose mindestens eine weitere psychische Störung auf (Sendera & Sendera, 2016). Dabei sind Komorbiditäten häufig mit schwereren Verläufen und ungünstigen Prognosen der BPS assoziiert (Schaich et al., 2018). Laut Sendera & Sendera (2016) zählen zu den häufigsten komorbiden Störungen:

- depressive Erkrankungen
- Angststörungen
- dissoziative Störungen
- Schlafstörungen
- Essstörungen
- posttraumatische Belastungsstörung
- Substanzmissbrauch
- somatoforme Störungen

Inwiefern die häufig zu findenden komorbiden Störungen eher mit dem heterogenen Krankheitsbild der BPS zusammenhängen (vgl. Kapitel 3.4) oder ob es sich tatsächlich um das gleichzeitige Auftreten einer weiteren, diagnostisch abgrenzbaren Störung handelt (was die Definition von komorbid erfordert), ist unklar (Paris, 2005).

3.7. Epidemiologie, Versorgung und Verlauf

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist unter allen Persönlichkeitsstörungen die häufigste Form (Lieb & Stoffers, 2011). Auch generell ist die BPS eine häufige Störung; man vermutet, dass unter allen schwer psychisch Kranken 11 % eine BPS haben (Lora, Bezzi & Erlicher, 2007). Weitere Schätzungen gehen davon aus, dass 6 % der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens von der Störung betroffen sind (Grant et al., 2008). Die Punktprävalenz wird in der Literatur mit Zahlen angegeben von 1–2 % Betroffenen (Reicherzer, 2013) bis zu 2–5 % aller Menschen in Deutschland (Lieb & Stoffers, 2011). Der Anteil von BPS-Patienten in ambulanten Praxen liegt bei 8–11 % und im stationären Bereich bei 14–20 % (Reicherzer, 2013).

Die Kosten der Behandlung von BPS-Patienten sind durch das starke Inanspruchnahmeverhalten dieser Patientengruppe hoch. In Deutschland belaufen sich die Kosten jährlich auf ca. 4,3 Mrd. Euro. Damit machen BPS-Patienten etwa 25 % der Gesamtkosten aus, die für die stationäre Behandlung von psychischen Störungen ausgegeben werden (Bohus, 2007). Eine neuere Analyse kommt auf Kosten von durchschnittlich 26 882 € pro Patient und Jahr (Wagner et al., 2013). Die Hälfte dieser Kosten entsteht durch stationäre Behandlungen. Davon fallen 70 % für Kriseninterventionen und lediglich 30 % für störungsspezifische stationäre Psychotherapie an, welche die Kosten in den Folgejahren deutlich senken kann (ebd.).

Bezüglich der Geschlechterverteilung zeigen die Zahlen, dass 70 % der in Kliniken behandelten PBS-Patienten weiblich sind (Kühler, Scher, Höschel & Bohus, 2006). Es wird vermutet, dass ein erheblicher Anteil der männlichen Borderline-Patienten wahrscheinlich keine psychotherapeutische Behandlung aufsucht, sondern eher juristisch auffällig wird und in Gefängnissen oder forensischen Einrichtungen zu finden ist (ebd.). Demzufolge wird insgesamt ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis bei der BPS angenommen (Reicherzer, 2013; Schaich et al., 2018).

Man geht davon aus, dass sich die Störung (oder zumindest einige ihrer Symptome) bereits in der Kindheit entwickelt. Meist wird jedoch nicht vor der späten Adoleszenz mit einer psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung begonnen (Reicherzer, 2013). Von den erwachsenen Patienten berichten 30 % von Episoden mit selbstschädigendem Verhalten vor dem 12. Lebensjahr. Während des Verlaufs der Erkrankung kann es zu deutlichen Verbesserungen der Symptomatik kommen, v. a. auf Verhaltensebene (ebd.). Der Verlauf hängt jedoch von einigen Faktoren ab, wie emotionale Instabilität, eine ansteigende Länge der Behandlungszeiten in stationären Einrichtungen, familiäre Häufung von psychischen Erkrankungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch und Folgen komplexer Traumatisierung. Faktoren für einen eher schlechten Verlauf der Erkrankung sind sexueller Missbrauch in der Kindheit und eine besonders schwer ausgeprägte Symptomatik (Gunderson et al., 2006). In einer Studie von Zanarini et al. (2010) wurden Patienten mit einer BPS alle zwei Jahre über einen Zeitraum von zehn Jahren untersucht. Es zeigte sich, dass 50 % eine stabile Genesung erreichten. Weitere 93 % der BPS-Patienten zeigten eine Remission der Symptome, die mindestens zwei Jahre anhielt. Von diesen erkrankten 30 % erneut. Immerhin 84 % beschrieben einen beschwerdefreien Zeitraum von mindestens vier Jahren. Bei dieser Patientengruppe zeigten lediglich 15 % ein Wiederauftreten der Symptome.

Die Mehrheit der BPS-Patienten, etwa 60–80 %, haben Suizidgedanken. Die Suizidrate liegt bei 10 % (Steinert et al., 2014). Risikofaktoren für *vollendete* Suizidversuche sind:

impulsive Handlungsmuster, Selbstverletzungen, höheres Lebensalter, komorbide Depressionen, antisoziale Persönlichkeitsstörung und frühkindlicher Missbrauch (Reicherzer, 2013; Steinert et al., 2014). 50 % der Borderline-Patienten mit vollendetem Suizid hatten zuvor bereits Suizidversuche unternommen (Kühler et al., 2006).

3.8. Ätiologie

Die Ätiologie der BPS wurde bislang noch nicht abschließend verstanden (Schaich et al., 2018). Wie auch bei den meisten anderen psychischen Störungsbildern wird von einer *multifaktoriellen Entstehung* ausgegangen, also von einem Zusammenwirken mehrerer Faktoren. Das international favorisierte ätiologische Modell ist das *biopsychosoziale Modell*. Es geht von Wechselwirkungen zwischen genetischen und psychosozialen Faktoren sowie dysfunktionalen Verhaltens- und Interaktionsmustern aus (Reicherzer, 2013; Schaich et al., 2018).

Im Folgenden Abschnitt werden die allgemeinen ätiologischen Faktoren der BPS dargestellt; die der jeweiligen Therapieform zugrunde liegenden ätiologischen Ansichten werden im nächsten Kapitel *Psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten* beschrieben.

- **Genetische Prädisposition**

Aufgrund familiärer Häufungen wird angenommen, dass die BPS und die ihr zugrunde liegenden Persönlichkeitsdimensionen eine starke genetische Komponente besitzen (Gunderson, 2011). Adoptions- bzw. Zwillingsstudien weisen darauf hin, dass etwa 50 % der Varianz durch genetische Faktoren und die übrige Varianz durch individuumsspezifische Umweltfaktoren erklärt werden kann (Fleischhaker & Schulz, 2010). Bei dissoziativen Symptomen schienen genetische Faktoren bis zu 55 % der Varianz zu erklären, womit die genetische Relevanz dieser Symptome gesichert scheint (Reicherzer, 2013). Es wurden bisher jedoch noch keine BPS-spezifischen Gene oder Genorte gefunden. Daher wird statt konkreter Gene vielmehr von einer genetischen Modifikation ausgegangen und Abweichungen in Genen müssen im Zusammenhang mit Umweltfaktoren betrachtet werden (Schaich et al., 2018).

- **Neuroanatomie und Neurochemie**

Im Folgenden wird auf die aktuelle Arbeit von Schaich et al. (2018) Bezug genommen. Mithilfe bildgebender Verfahren wurden bei BPS-Patienten hirnstukturelle Auffälligkeiten identifiziert, wie u. a. eine Verkleinerung und eine gesteigerte Aktivität der Amygdala, verminderte Volumina des Hippocampus, im orbitofrontalen Kortex und im anterioren Cingulum sowie erhöhte Volumina im Hypothalamus. Diese Hirnregionen spielen bei der

Steuerung von Gefühlen und Stress eine wichtige Rolle, sodass die hirnstrukturellen Veränderungen zu der BPS-typischen Emotionsregulationsstörung passen.

Zusätzlich gibt es Hinweise auf biochemische Veränderungen beispielsweise hinsichtlich der Hypothalamus-Hypophysen-Achse, des serotonergen Transmittersystems und des oxytocinergen Systems. Unklar bisher ist, ob diese neurochemischen Veränderungen genetisch bedingt sind, als Folge von Traumatisierungen auftreten oder als Resultat der BPS-Symptomatik.

- **Psychosoziale Belastungen**

Neben den eben genannten genetischen und neuroanatomischen bzw. neurochemischen Ursachen sind nach heutiger Studienlage auch psychosoziale Belastungsfaktoren an der Entstehung der BPS beteiligt (Reicherzer, 2013). Es wurden gehäuft Zusammenhänge zwischen dem Auftreten der BPS und psychischer Traumatisierung gefunden, sodass die Abgrenzung zur Traumafolgestörung immer wieder kontrovers diskutiert wird bzw. wurde (Driessen et al., 2002; Dulz, Herpertz, Kernberg & Sachsse, 2011; Maercker, 2017; Sack, Sachsse, Overkamp & Dulz, 2013; Schüepp et al., 2013). Tatsächlich finden sich in der Biografie von BPS-Patienten gehäuft traumatische Erfahrungen wie sexuelle Gewalterfahrungen, körperliche Gewalterfahrungen, Vernachlässigung und instabile Bindungen zu primären Bezugspersonen (Reicherzer, 2013). Insgesamt zählt sexueller Missbrauch zu den häufigsten aversiven Erlebnissen von BPS-Patienten und erfolgt meist in der frühen Kindheit innerhalb der Familie, sodass keine sicheren Bindungen entstehen (ebd.). Die Folge ist meist eine starke Ambivalenz zwischen gefürchtetem und geliebtem Täter, woraufhin Betroffene schwierige kognitive Manöver entwickeln, um dies auszugleichen bzw. die emotionale, wenn nicht sogar physische Existenz zu sichern (ebd.). Damit stellen sexuelle Gewalterfahrungen ein Extrembeispiel des von Linehan (1993) beschriebenen *invalidierenden Umfelds* dar (vgl. Kapitel 3.9). Durch die starke Häufigkeit sexuellen Missbrauchs in der Biografie von BPS-Patienten wird er als pathogenetischer Faktor der BPS diskutiert (Reddemann & Sachsse, 2000). Obwohl Zanarini et al. (1997) in ihrer Studie zu dem Schluss kamen, dass sexueller Missbrauch in der Kindheit weder notwendig noch hinreichend für die Entstehung einer BPS sei, gehen sie gleichzeitig davon aus, dass er bei etwa 60 % der Patienten eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung der BPS spielte. Für den anderen Teil der Patienten nehmen sie an, dass verschiedene andere Formen von Vernachlässigung zur Ausbildung einer BPS geführt haben (Zanarini et al., 1997). So geraten neben dem sexuellen Missbrauch auch andere traumatische Kindheitserfahrungen in den Fokus: In einer neueren Studie von Kuo et al. (2015) wird angenommen, dass unter den verschiedenen Formen kindlichen

Missbrauchs vor allem emotionaler Missbrauch durch die damit verbundenen Schwierigkeiten in der Emotionsregulation bei der Entwicklung einer BPS entscheidend ist. Eine weitere Untersuchung ergab, dass auch das allgemeine Funktionsniveau der Familie sowie eine geringe mütterliche Fürsorge Prädiktoren für eine spätere BPS sind (Infurna et al., 2015).

• **Zusammenfassung**

Die oben dargestellten Befunde werden in einem übersichtlichen neurobehavioralen Modell von Lieb et al. (2004) veranschaulicht (vgl. Abbildung 3.1). Demnach interagiert bei der Entstehung der BPS eine Vielzahl komplexer Faktoren. Genetische Einflüsse und traumatisierende Kindheitserfahrungen können dabei zu einer Emotionsregulationsstörung und Impulsivität beitragen, die wiederum zu dysfunktionalem Verhalten und psychosozialen Konflikten führen. Über Lernprozesse werden die Impulsivität und die emotionale Instabilität weiter verstärkt.

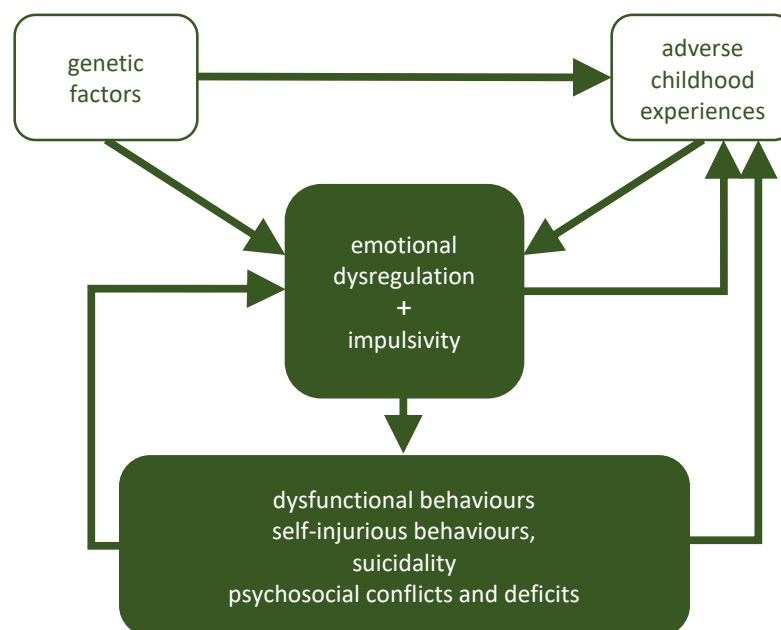


Abbildung 3.1: Neurobehaviorales Ätiologiemodell (mod. nach Lieb et al., 2004)

3.9. Psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten

Es gibt vier evidenzbasierte psychotherapeutische Behandlungsmethoden für Patienten mit einer BPS: (1) die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT), (2) die Übertragungsfo-kussierte psychodynamische Therapie (TFP), (3) die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) und (4) die Schematherapie. Diese störungsspezifischen Therapien sind über-

blicksweise Tabelle 3.2 zu entnehmen. Inzwischen konnte die Wirksamkeit aller vier Therapieverfahren, die eine Einzeltherapie als zentrales Therapieelement gemeinsam haben, in mindestens einer randomisierten kontrollierten Therapiestudie (RCT) nachgewiesen werden (Euler, Stalujanis & Spitzer, 2018; Jacob & Seebauer, 2014; Kröger & Kosfelder, 2007; Sowislo & Euler, 2017). Im Weiteren werden alle vier Therapieverfahren näher beschrieben.

Tabelle 3.2: *Manualisierte Therapieverfahren für die Borderline-Persönlichkeitsstörung*

Autoren	Therapieverfahren
• Linehan (1987)	• Dialektisch-Behaviorale Therapie, DBT
• Clarkin et al. (1999)	• Übertragungsfokussierte psychodynamische Therapie („Transference Focused Psychotherapy“, TFP)
• Bateman & Fonagy (2004)	• Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)
• Young et al. (2003)	• Schematherapie

• ***Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)***

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) wurde in den 1980er-Jahren von Prof. Marsha Linehan ursprünglich zur ambulanten Behandlung von chronisch suizidalen Frauen entwickelt (Linehan, 1996), wobei sich im Laufe der Zeit herausstellte, dass es sich in der Regel um Borderline-Patientinnen handelte (Rentrop et al., 2007). Somit ist die DBT das erste störungsspezifische Verfahren zur Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (ebd.), das aber mittlerweile durchaus auch bei anderen psychischen Störungen angewendet wird (Stiglmayr, 2017). Die DBT gehört zur sog. „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie, da sie nicht nur kognitiv-behaviorale Methoden einsetzt, sondern auch Strategien und Techniken aus den Bereichen der Gesprächspsychotherapie, der Gestalttherapie, der Hypnotherapie und des Zen-Buddhismus (ebd.).

Die der Therapieform zugrunde liegende Ätiologie und daraus entstehende Ziele

Die DBT postuliert ein biosoziales Ursachenmodell, in dem eine angeborene Emotionsregulationsstörung im Zentrum steht (Linehan, 1996). Das bedeutet, dass BPS-Patienten eine hohe Sensitivität für emotionale Reize aufweisen und ihre emotionalen Reaktionen durchschnittlich neunmal so stark sind bei einer gleichzeitig deutlich verlangsamten Rückkehr auf das emotionale Ausgangsniveau (Stiglmayr, 2017; Stiglmayr et al., 2005).

Unabhängig davon, ob es positive oder negative Gefühle sind – sie erleben ihre Emotionen als unkontrollierbar (Santangelo et al., 2014). Mit dieser emotionalen Vulnerabilität umzugehen ist für die Angehörigen schwierig und macht den Umgang mit den BPS-Patienten von Anfang an problematisch (Rentrop et al., 2007). Hinzu kommt, dass die Patienten durch ihr invalidierendes Umfeld keine funktionalen Bewältigungsstrategien im Umgang mit diesen starken Emotionen lernen (Stiglmayr, 2017). Deshalb hat die DBT das primäre Ziel, Emotionsregulationsstrategien aufzubauen und Problemverhalten wie z. B. suizidales oder selbstverletzendes Verhalten abzubauen, um langfristig Krisen zu verhindern (Linehan, 1996; Rentrop et al., 2007; Stiglmayr, 2017).

Therapeutische Techniken

Der zugrunde liegende Leitgedanke der DBT ist die „Dialektik“, deren Prinzip es ist, dass es kein „richtig“ oder „falsch“ gibt, sondern, dass unterschiedliche Positionen alle ihre individuelle Berechtigung bei der Erreichung bestimmter Ziele haben (Rentrop et al., 2007). Ein übergeordnetes Behandlungsziel ist deshalb die Förderung von dialektischen Verhaltensmustern, welche sich durch ausgewogene Handlungen, Kognitionen und Emotionen auszeichnen (Rentrop et al., 2007; Stiglmayr, 2017). Die dichotomen Betrachtungsweisen der Patienten von sich und ihrer Umwelt sollen durch eine ausgewogene Bewegung zwischen Akzeptanz und Veränderung ersetzt werden (ebd.). In Bezug auf die therapeutische Interaktion bedeutet Dialektik, eine ausbalancierte Haltung einzunehmen: Der Therapeut wechselt zwischen der Akzeptanz der Patienten, so wie sie sind, einerseits und dem Bestreben, Veränderungen zu bewirken andererseits (Veselinović, Louis & Himmerich, 2008).

Eine weitere Kernstrategie in der Einzeltherapie der DBT ist das Validieren (ebd.). Darunter versteht man, dass der Therapeut dem Patienten vermittelt, dass seine Reaktionen in seiner aktuellen Lebenssituation nachvollziehbar und verstehbar sind. Dabei ist es auf Therapeutenseite wichtig, den Patienten anzunehmen und Verständnis für seine Schwierigkeiten und sein Leiden zu zeigen. Der Therapeut nimmt also bewusst die Gegenposition zur ätiologisch postulierten invalidierenden Umwelt ein (ebd.).

Ablauf der Therapie

Die DBT ist eine sehr strukturierte Therapie, die aus vier Modulen besteht: (1) *Einzeltherapie*; (2) *Fertigkeitentraining in der Gruppe*; (3) *Telefonberatung*; (4) *Supervisionsgruppe für Therapeuten*. Die Einzeltherapie bildet den zentralen Baustein der DBT und erstreckt sich über einen Zeitraum von zwei bis drei Jahren mit ein bis zwei Therapiesitzungen in der Woche. Ziel ist, dysfunktionale borderlinetypische Verhaltensweisen abzubauen und durch funktionale Copingmechanismen zu ersetzen (Rentrop et al., 2007; Veselinović et

al., 2008). In der Einzeltherapie stehen die Emotionen des Patienten im Vordergrund, wobei zu Therapiebeginn v. a. die Kontrolle und später das Zulassen und Akzeptieren der Emotionen fokussiert wird (Stiglmayr, 2017).

Parallel zur Einzeltherapie besucht der Patient einmal wöchentlich für zweieinhalb Stunden (über einen Zeitraum von sechs Monaten) eine Fertigkeitentrainingsgruppe, in der sogenannte „Skills“ der Patienten verbessert werden. Sie besteht aus vier Modulen: Innere Achtsamkeit, Stresstoleranz, Emotionsregulation und Interpersonelle Kompetenz (Rentrop et al., 2007; Veselinović et al., 2008). Zwischen den Therapiesitzungen sollte der Einzeltherapeut im Rahmen seiner individuellen Möglichkeiten zur Lösung akuter, eventuell lebensbedrohlicher Krisen telefonisch erreichbar sein (ebd.). Wöchentlich finden Supervisionsgruppen statt, um einen Austausch zwischen Einzel- und Gruppentherapeuten zu ermöglichen und um eventuelle Probleme in der Therapie zu besprechen (ebd.).

Der Therapieverlauf in der DBT gliedert sich in vier Phasen: (1) *Vorbereitungsphase*; (2) *erste Therapiephase*; (3) *zweite Therapiephase*; (4) *dritte Therapiephase*. In der Regel erstreckt sich die *Vorbereitungsphase* im ambulanten Setting über drei bis maximal zehn Sitzungen mit dem Ziel der Erfassung der aktuellen Beschwerden, der Anamneseerhebung und Diagnostik sowie der Informationsvermittlung über das Störungsbild und die Methodik der DBT. In der *ersten Therapiephase* geht es um die Behandlung von schweren Problemen auf der Verhaltensebene, also den Abbau von lebensbedrohlichem oder therapiegefährdendem Verhalten. Die *zweite Therapiephase* befasst sich mit dem Akzeptieren und Verändern von schwerem Leid auf der emotionalen Ebene, also einer Verbesserung der Emotionsregulation, und einer Behandlung der borderlinetypischen emotionalen Probleme wie Einsamkeit, Angst vor Verlassenwerden und Selbsthass. In der *dritten Therapiephase* geht es um die Akzeptanz und Lösung von Problemen in der Lebensführung, also um die Integration des Gelernten und die Entwicklung und Umsetzung individueller Lebensziele (ebd.).

Wirksamkeit

Die DBT gilt als das beste untersuchte Therapieverfahren bei der BPS (Cal, 2012). Ihre Wirksamkeit konnte in zahlreichen randomisiert-kontrollierten klinischen Studien (RCTs) belegt werden (Stiglmayr, 2017). Nach den Recherchen von Euler et al. (2018) liegen mittlerweile 10 randomisierte kontrollierte Studien zur DBT vor. Entsprechend wird in den S2-Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) die DBT als das Behandlungsverfahren mit dem vergleichsweise höchsten Evidenzgrad geführt (DGPPN, 2009).

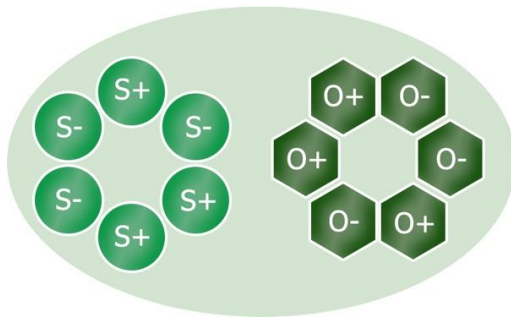
- **Übertragungsfokussierte Therapie (Transference Focused Therapy, TFP)**

Die Übertragungsfokussierte Therapie (TFP) wurde von Otto F. Kernberg und seinen Kollegen 1999 entwickelt (Clarkin et al., 1999). Es ist eine störungsspezifische Therapie für Patienten, die in das diagnostische Spektrum einer „Borderline-Persönlichkeits-Organisation“ (BPO) fallen (Kernberg, Yeomans, Clarkin & Buchheim, 2013). Grundlage dieser Behandlungsform ist nicht die Verhaltenstherapie wie bei der DBT, sondern psychoanalytische Theorien (Rentrop et al., 2007).

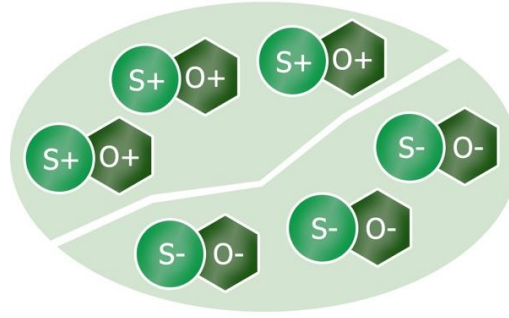
Die der Therapieform zugrunde liegende Ätiologie und daraus entstehende Ziele

In der Übertragungsfokussierten Therapie (TFP) geht man davon aus, dass Personen mit einer „Borderline-Persönlichkeitsorganisation“ (BPO) eine tiefe Verunsicherung über die eigene Identität aufweisen und Schwierigkeiten bei der Frage zeigen, wer man ist und was einen von anderen Menschen unterscheidet (Rentrop et al., 2007). Kernberg beschreibt verschiedene Ebenen der Persönlichkeitsorganisation. Die BPO liegt dabei zwischen der darunterliegenden Psychotischen Persönlichkeitsorganisation und der darüber liegenden Neurotischen Persönlichkeitsorganisation (Sowislo & Euler, 2017). Auf dem Niveau einer BPO sind neben der BPS auch andere Persönlichkeitsstörungen wie z. B. die schizoide Persönlichkeitsstörung angesiedelt. Die TFP eignet sich somit nicht nur zur Behandlung einer BPS, sondern auch zur Behandlung anderer Personen mit BPO (Sowislo & Euler, 2017). Anschaulich wird das Konstrukt der BPO in einem Schaubild von Yeomans, Clarkin und Kernberg (2015). In der Darstellung (vgl. Abbildung 3.2) wird demonstriert, dass gesunde Personen sowohl bei sich selbst als auch bei anderen Personen gleichzeitig positive und negative Eigenschaften beschreiben können, während dies Patienten mit einer BPS überwiegend nicht gelingt. Diese sehen entweder nur die guten oder nur die schlechten Eigenschaften. Somit kann die Beschreibung der eigenen Person oder einer anderen Person zu verschiedenen Zeitpunkten sehr unterschiedlich ausfallen (vgl. Rentrop et al., 2007). Entsprechend der wechselhaften und unvollständigen Sicht auf sich und andere werden auch die Beziehungen zu anderen und der Umgang mit der eigenen Person nach dem Eindruck des Augenblickes gestaltet: einmal erfüllt von einer positiven, ein anderes Mal erfüllt von einer negativen Grundhaltung (Rentrop et al., 2007).

Gesunde Persönlichkeitsorganisation



Borderline-Persönlichkeitsorganisation



S = Selbstrepräsentanz

O = Objektrepräsentanz

Abbildung 3.2: Vergleich der Borderline-Persönlichkeitsorganisation mit einer gesunden Persönlichkeitsorganisation (modifiziert nach Yeomans et al., 2015)

Die TFP geht davon aus, dass Menschen dazu neigen, Beziehungserfahrungen zu wiederholen. Es wird erwartet, dass es zwischen Patient und Therapeut zu Konflikten kommen wird, die der Patient mit seinen früher gesammelten Erfahrungen zu lösen versucht (Rentrop et al., 2007). Kommen frühere Erfahrungen im Kontakt mit einer anderen Person zum Einsatz, spricht man von Übertragung. Löst diese wiederum im Gegenüber – in diesem Fall dem Therapeuten – eine ebenfalls heftige emotionale Reaktion aus, wird dies als Gegenübertragung bezeichnet (ebd.). So wird angenommen, dass in der Patient-Therapeut-Interaktion die Objektbeziehungen, die Identitätsstörung, die unreifen Abwehrmechanismen und die verzerrten Beziehungsmuster des Patienten aktiviert werden und sich in den Therapiesitzungen durch die Übertragung und Gegenübertragung offenbaren (Kernberg et al., 2013). Somit geht es in der TFP um die Fokussierung auf die Übertragungsbeziehung zwischen Therapeut und Patient im Hier und Jetzt (Rentrop et al., 2007). Ziel der TFP ist nicht nur eine Reduktion der typischen Borderline-Symptomatik, sondern auch eine Reifung der Persönlichkeitsstruktur mit der Fähigkeit, zwischenmenschliche Beziehungen aufzubauen und zufriedenstellende soziale und berufliche Leistungen zu erreichen (Doering, 2016).

Therapeutische Techniken

In der TFP versteht sich der Therapeut als neutraler Beobachter. Er vergibt keine Ratschläge, sondern versucht, die Innenwelt des Patienten mit all ihren Widersprüchen zu begreifen und durch Anmerkungen Zusammenhänge herzustellen, die dem Betroffenen in dieser Form nicht klar waren (Rentrop et al., 2007). Der Therapeut wird nur dann von seiner neutralen Position Abstand nehmen, wenn er sich mit Anteilen des Patienten verbündet, die bereit sind, Probleme zu lösen, ohne jemandem Schaden zuzufügen. Der

TFP-Therapeut nutzt die psychoanalytischen Grundtechniken von Klärung (genaues Verstehen, was besprochen wird), Konfrontation (Spiegeln von Widersprüchen) und Deutung (Interpretation der Übertragungsbeziehung zwischen Therapeut und Patient im Hier und Jetzt) (ebd.).

Ablauf der Therapie

Die TFP ist als ambulante Einzeltherapie entwickelt worden (wobei auch Erfahrungsberichte über Modifikationen für ein stationäres und ein gruppentherapeutisches Setting bekannt sind). Die Einzeltherapie findet zweimal wöchentlich statt und erstreckt sich über mindestens ein Jahr. Ebenso wie die DBT legt auch die TFP Wert auf Supervision des Therapeuten, weshalb Videoaufzeichnungen der Therapiesitzungen üblich sind (Rentrop et al., 2007).

Wirksamkeit

Nach den Recherchen von Euler et al. (2018) liegen zur Wirksamkeit der TFP eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT), eine Multi-Wave-Studie und eine Studie, in der die TFP mit Schematherapie verglichen wurde, vor. In der randomisierten kontrollierten Studie wurde die TFP mit der Therapie eines erfahrenen Psychotherapeuten verglichen. Es zeigte sich, dass die Patienten beider Therapiegruppen hinsichtlich Depressivität und Ängstlichkeit profitierten. Die TFP war überlegen in der Reduzierung der Borderline-Symptome und in den Bereichen des psychosozialen Funktionsniveaus und der Persönlichkeitsorganisation. Selbstverletzendes Verhalten reduzierte sich in keiner Gruppe (Doering et al., 2010). In der Multi-Wave-Studie wurde die TFP mit der DBT und einer als supportiv bezeichneten Therapie (supportive psychotherapy, SPT) verglichen. Die Studie ergab, dass alle drei Therapieformen signifikante Veränderungen in zahlreichen klinischen Parametern bewirken, jedoch nur die TFP eine positive Veränderung im Bereich der Reflexionsfähigkeit (Reflective Functioning) erreichte. Zudem zeigte die TFP im Gegensatz zur DBT eine enorme Verbesserung der Impulskontrolle und eine Reduktion von Aggressivität (Levy et al., 2006, 2006; Sollberger & Walter, 2010). Da die TFP auf eine grundlegende strukturelle Veränderung der Persönlichkeit abzielt, laufen noch Follow-up-Studien, um die Wirksamkeit über eine längere Zeit nachzuweisen (Kernberg et al., 2013). Der Vergleich zwischen TFP und Schematherapie ergab, dass beide Therapieverfahren signifikante Verbesserungen erzielten. Nach drei Jahren Therapie zeigte sich eine Überlegenheit der Schematherapie, v. a. in Bezug auf Genesung und klinische Verbesserungen (Giesen-Bloo et al., 2006).

- **Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)**

Die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) wurde 1999 von Bateman und Fonagy speziell für die Behandlung schwerster Persönlichkeitsstörungen, insbesondere der BPS, entwickelt (Bolm, 2010).

Die der Therapieform zugrunde liegende Ätiologie und daraus entstehende Ziele

Grundlage dieser Therapieform ist das noch relativ junge psychologische Konstrukt des „Mentalisierens“ (Sowislo & Euler, 2017). Dabei geht es um die Fähigkeit, „sich auf die inneren, mentalen Zustände (Gedanken, Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse, Überzeugungen usw.) von sich selbst und anderen zu beziehen, diese als dem Verhalten zugrunde liegend zu begreifen und darüber nachdenken zu können“ (Euler & Schultz-Venrath, 2014, S. 40). Demnach nimmt eine Person, die in der Lage ist zu mentalisieren, eigene Affekte, Gedanken und Wünsche wahr. Sie denkt dabei flexibel und hält nicht starr an einer Meinung fest, ist gleichzeitig neugierig auf die Sichtweisen anderer und geht dabei davon aus, die eigene Anschauung durch andere erweitern zu können (Sowislo & Euler, 2017). Nach Fonagy wird die Fähigkeit zum Mentalisieren entwicklungspsychologisch früh angelegt, indem der Säugling durch seine Bezugsperson lernt, seine noch undifferenzierten eigenen emotionalen Zustände zu erkennen (Bateman & Fonagy, 2010; Sowislo & Euler, 2017). Im Idealfall erfasst die Bezugsperson die Affekte des Säuglings und spiegelt sie ihm zurück. Wichtig dabei ist, dass sie mit dem gezeigten affektiven Ausdruck des Säuglings übereinstimmt (z. B. Ärger als Ärger und nicht etwa als Müdigkeit gespiegelt wird) und durch Babysprache oder überzeichnete Mimik markiert wird. Die Markierung ermöglicht dem Säugling zu erkennen, dass die Bezugsperson nicht den eigenen Affekt, sondern den des Säuglings zeigt. Die MBT geht davon aus, dass es bei Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen – so auch mit BPS – in ebendiesen zentralen Spiegelungsprozessen zu wiederholten Fehlabstimmungen gekommen ist (Sowislo & Euler, 2017). Die Folge davon ist eine nachhaltige Beeinträchtigung des Mentalisierens. Dies führt dazu, dass Menschen mit BPS in zwischenmenschlichen, beziehungsrelevanten Situationen nicht mehr richtig mentalisieren können und die subjektiv erlebte Realität als echte Realität annehmen. Das heißt: Sie erleben den inneren Zustand und die äußere Realität als identisch (ebd.). Ziel der MBT ist deshalb eine Verbesserung des Mentalisierens beim Patienten (ebd.). Es geht also darum, die Patienten im Perspektivenwechsel zu schulen, zwischen beobachtbarer Interaktion und dem mentalen Hintergrund eigenen und fremden Erlebens und Verhaltens (Bolm, 2010).

Therapeutische Techniken

Die MBT kommt dabei vor allem einer bestimmten Haltung gleich, die sich durch authentisches Nichtwissen und eine grundsätzliche gemeinsame Begegnung auf Augenhöhe auszeichnet. Der Therapeut beteiligt sich aktiv und authentisch am Gespräch. Anstatt zu versuchen, zu erraten, was im Patienten vorgeht, fördert er die gemeinsame Neugier und das Interesse für das Innenleben des Patienten (Sowislo & Euler, 2017). Deutungen werden vermieden und das Verständnis des Therapeuten wird immer wieder mit dem des Patienten abgeglichen; Missverständnisse werden offen angesprochen (ebd.).

Der Fragestil in der MBT ist affektfokussiert und auf interpersonelles Erleben ausgerichtet. Idealerweise sorgt der Therapeut dafür, dass die affektive Spannung in den Sitzungen im bestmöglichen, das heißt mentalisierungsförderlichen Bereich ist (nicht zu viel und nicht zu wenig) (ebd.). Mentalisieren benötigt eine optimal fein abgestimmte affektive Intensität, die weder über- noch unterfordern soll, um damit eine produktive Auseinandersetzung mit Entwicklungsproblemen zu ermöglichen (Bolm, 2010). Falls damit Klarheit in das Beziehungsgeschehen kommt oder das gemeinsame Mentalisieren gefördert wird, kann der Therapeut auch mit selektiven Selbstoffenbarungen arbeiten (Sowislo & Euler, 2017). Eine bedeutsame Technik in der MBT ist das irritierende Infra-gestellen (challenge). Dabei stellt der Therapeut spielerisch und humorvoll die Annahmen des Patienten infrage. Ziel ist eine kurze Irritation, um dadurch wieder zurück ins Mentalisieren zu gelangen. Insgesamt ist wichtig, dass der Therapeut seine Interventionen flexibel an das Mentalisierungsniveau der Patienten anpasst: Je niedriger es ist, desto einfacher und prägnanter sollten die Interventionen sein. Erfolgreiches Mentalisieren wird vom Therapeuten positiv angesprochen (ebd.).

Ablauf der Therapie

Die MBT ist ein manualisiertes Therapieverfahren und dauert in der Regel 18 Monate, mit wöchentlichen Einzel- und gleichwertigen Gruppensitzungen (Sowislo & Euler, 2017). Zu Beginn der Therapie wird gemeinsam mit dem Patienten ein Behandlungsvertrag geschlossen (case formulation), der regelmäßig überprüft wird. Der Schwerpunkt der Zielsetzung wird auf Veränderungen in zwischenmenschlichen Beziehungen gelegt. Vor dem Start der MBT erfolgt Psychoedukation, die gut in Gruppen durchgeführt werden kann (ebd.). Neben der ambulanten Behandlung wird die MBT bereits seit Jahrzehnten erfolgreich im stationären und teilstationären Setting eingesetzt (Euler & Schultz-Venrath, 2014).

Wirksamkeit

Bateman und Fonagy (1999, 2009) bewiesen in zwei RCT-Studien die Wirksamkeit der MBT bei Borderline-Patienten. Die Ergebnisse konnten inzwischen von anderen Forschungsgruppen bestätigt werden (Bales et al., 2012; Jørgensen et al., 2013). Insgesamt scheint die MBT vor allem in Bezug auf die Reduktion von Suizidalität, Selbstverletzungen und Rehospitalisierungsraten wirksam zu sein (Euler et al., 2018). Die MBT orientiert sich fortlaufend an der klinischen Praxis mit dem Bestreben einer steten Weiterentwicklung (Prozessorientierung) und wird nicht als abgeschlossenes Modell, sondern als „work in progress“ angesehen (Sowislo & Euler, 2017). Sie ist inzwischen v. a. in Europa und in den USA weit verbreitet und wird mittlerweile auch für andere psychische Störungsbilder wie Depressionen, Angst-, Somatisierungs- und Essstörungen eingesetzt (Schultz-Venrath, 2013).

• **Schematherapie**

Die BPS ist das einzige Störungsbild, für das ein schematherapeutisches Behandlungsmニュアル vorliegt (Arntz & van Genderen, 2010). Die Schematherapie wurde von Young et al. (2003) entwickelt. Sie ist eine Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie und kommt insbesondere bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen und anderen chronischen psychischen Erkrankungen zum Einsatz. Sie kombiniert Konzepte aus verschiedenen Therapierichtungen; so werden Elemente der Verhaltenstherapie mit tiefenpsychologischen und gestalttherapeutischen Konzepten verbunden. Der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit liegt auf emotionsfokussierten Techniken (Jacob & Seebauer, 2014). Zudem spielt bei der Schematherapie die Gestaltung der therapeutischen Beziehung eine zentrale Rolle (Arntz & van Genderen, 2010).

Die der Therapieform zugrunde liegende Ätiologie und daraus entstehende Ziele

In der Schematherapie wird bei der Entstehung der BPS davon ausgegangen, dass die Patienten eine biografisch unsichere, emotional deprivierende, hart strafende, invalidierende und häufig auch missbrauchende (familiäre) Umwelt erlebt haben, verbunden mit einem Temperament, das sich durch ausgeprägte emotionale Intensität und Labilität auszeichnet. Diese Kombination verhinderte bei den Patienten die Entwicklung einer gesunden, integrierten Person mit überwiegend erwachsenem Funktionsmodus (Jacob & Lieb, 2011). Im störungsspezifischen Modus-Modell der BPS wird davon ausgegangen, dass die Borderline-Symptomatik durch ein Zusammenwirken der folgenden vier dysfunktionalen Funktionsmodi entsteht: (1) Modus des *Verlassenen oder Missbrauchten Kindes*; (2) Modus des *Ärgerlichen und Impulsiven Kindes*; (3) Modus des *Strafenden Elternteils*; (4) Modus des *Distanzierten Beschützers*. Es gibt noch einen fünften Modus,

der des *Gesunden Erwachsenen*, der bei Patienten mit BPS jedoch meist nur schwach ausgeprägt ist (Jacob & Lieb, 2011; Young et al., 2003).

Therapeutische Techniken

In der Schematherapie werden die BPS-Patienten gewissermaßen als „vulnerable Kinder“ mit einer starken Bedürftigkeit betrachtet. Folglich werden in der Therapie Entwicklungsschritte angestrebt, die der emotionalen Reifung von Kindern entsprechen (Jacob & Lieb, 2011). Dabei ist gerade zu Therapiebeginn wichtig, dass der Therapeut im Rahmen des „limited reparenting“ eine sehr warmherzige und verständnisvolle Grundhaltung einnimmt. Das therapeutische Vorgehen richtet sich nach dem jeweils aktuell vorliegenden Modus mit dem Ziel, den schwach ausgeprägten Anteil des gesunden Erwachsenen zu stärken (ebd.).

Ablauf der Therapie

Zunächst erfolgt eine ausführliche Anamneseerhebung und Diagnostik, bevor anschließend die Beziehungsgestaltung und die Psychoedukation über das Modusmodell der BPS in den Vordergrund rücken. In der ersten Therapiephase wird üblicherweise der Fokus auf eine verbesserte Emotionsregulation gesetzt, um die Patienten zu stabilisieren. Dies ermöglicht den zunehmenden Abbau des *Distanzierten Beschützermodus* und verbessert den Zugang zum *Verletzbaren Kindmodus*. In der zweiten Therapiephase geht es um die nachhaltige Veränderung der Modi, insbesondere um einen weiteren Abbau des *Distanzierten Beschützermodus*, das Versorgen und Heilen des *Verletzten Kindmodus* und das Bekämpfen des *Strafenden Elternmodus*. In der dritten Therapiephase wird die Entwicklung von Autonomie gefördert und der Fokus auf den Aufbau eines funktionalen gesunden Lebens gelenkt (Arntz & van Genderen, 2010; Jacob & Arntz, 2011; Jacob & Lieb, 2011).

Wirksamkeit

Mehrere randomisierte kontrollierte Studien (RCT) wurden bei Patienten mit BPS durchgeführt (Jacob & Seebauer, 2014). Für diese Patientengruppe konnte eine Wirksamkeit der Schematherapie nachgewiesen werden (Giesen-Bloo et al., 2006; Jacob & Arntz, 2011). Zurzeit laufen Studien zur Wirksamkeit dieser Therapieform bei anderen Patientengruppen mit chronischen psychischen Erkrankungen sowie zur Anwendung im Gruppensetting (Jacob & Arntz, 2011). Die aktuell zu beobachtende Ausweitung auf eine Vielzahl anderer psychischer Störungen (nicht Persönlichkeitsstörungen) wird jedoch kritisch diskutiert (Jacob & Seebauer, 2014). Zusätzlich zu Studien bei BPS wurde eine

randomisiert-kontrollierte Studie bei Patienten mit verschiedenen anderen PS abgeschlossen und eine weitere große Studie bei forensischen Patienten wird zurzeit durchgeführt (ebd.). Alle bisherigen Studien zeigen eine gute Wirksamkeit, wobei ein entscheidender Faktor eine ausreichende Dauer der Behandlung zu sein scheint (ebd.).

3.10. Pharmakologische Behandlung

Bei der Behandlung der BPS sind störungsspezifische psychotherapeutische Interventionen der pharmakologischen Behandlung vorzuziehen (Euler et al., 2018). Daher wird die medikamentöse Therapie der BPS lediglich kurz zusammengefasst.

Da die BPS eine so vielschichtige und komplexe Störung ist, existiert keine diagnose-spezifische medikamentöse Behandlung. Es liegen keine überzeugenden Wirksamkeitsnachweise vor, weshalb zur Behandlung der BPS bisher noch kein Medikament zugelassen ist (Euler et al., 2018; Lieb & Stoffers, 2011; Lieb, Stoffers & Dulz, 2014). In Bezug auf die BPS wurden bisher über 30 randomisierte kontrollierte Therapiestudien zur pharmakologischen Behandlung veröffentlicht (Lieb et al., 2014). Das ist zwar mehr als bei jeder anderen Persönlichkeitsstörung, aber im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder Schizophrenien immer noch gering (ebd.). Obwohl offiziell kein Medikament zur Behandlung von BPS zugelassen ist, werden in der klinischen Praxis dennoch symptom-spezifisch Medikamente (off label use) eingesetzt (Euler et al., 2018; Lieb & Stoffers, 2011). Generell sollten Medikamente bei der BPS nur kurzfristig und mit klaren Zielen verschrieben werden. Auch wenn Polypharmazie in der medikamentösen Behandlung von BPS-Patienten eher die Regel als die Ausnahme ist, sollte sie, wenn immer möglich, vermieden werden (Euler, Stalujanis, et al., 2018; Lieb & Stoffers, 2011; Lieb et al., 2014).

- **Antidepressiva**

Es gibt keine Hinweise, dass Antidepressiva bei der Symptombehandlung der BPS wirksam sind. Sie scheinen keine Effekte bei depressionsähnlichen bzw. affektiven Symptomen wie „chronisches Gefühl der Leere“, „affektive Instabilität“ oder „unangemessen starke Wut“ zu haben (Lieb & Stoffers, 2011). Es wird deshalb empfohlen, sie nur bei komorbider Depression oder Angststörungen entsprechend den jeweiligen Leitlinien einzusetzen (Euler et al., 2018).

Einzige Ausnahme in Bezug auf die Wirksamkeit ist das trizyklische Antidepressivum (TZA) Amitriptylin. Dieses wird jedoch aufgrund seiner besonders hohen Toxizität bei Überdosierung gerade bei BPS-Patienten durch die häufigen (para-)suizidalen Handlungen ebenfalls nicht empfohlen (Lieb & Stoffers, 2011; Lieb et al., 2014).

- **Neuroleptika**

Laut Studienlage (s. Übersichtsarbeit von Lieb & Stoffers, 2011) gibt es Hinweise auf eine positive Wirksamkeit atypischer Neuroleptika wie Aripiprazol und Olanzapin. Das Aripiprazol scheint auf allen Symptomebenen einen Effekt zu haben, das Olanzapin insbesondere bei affektiven und psychotischen Symptomen. Kritisch anzumerken ist, dass die häufige Gewichtszunahme unter Olanzapin bei BPS-Patienten mit komorbider Essstörung schwierig sein kann. Die typischen Neuroleptika, also die Antipsychotika der ersten Generation, können aufgrund der starken Nebenwirkungen zur Behandlung von BPS-Patienten nicht empfohlen werden.

- **Stimmungsstabilisierer**

Die Übersichtsarbeit von Lieb und Stoffers (2011) zeigt, dass Stimmungsstabilisierer zur Behandlung von BPS wirksam sind. Signifikante positive Effekte liegen für Valproinsäure und Topiramat bezüglich der Reduktion interpersoneller Schwierigkeiten und für Topiramat und Lamotrigin bezüglich Impulsivität vor. Insgesamt scheinen die Stimmungsstabilisierer v. a. bei affektiven Symptomen wirksam zu sein: Bei unangemessener Wut waren Topiramat, Lamotrigin und Valproinsäure signifikant wirksam, bei assoziierter Depressivität die Valproinsäure, und bei Angst zeigte Topiramat einen signifikanten Effekt. Topiramat scheint darüber hinaus eine signifikante Reduktion der allgemeinen psychopathologischen Belastung zu bewirken. Für Carbamazepin wurden keine positiven Effekte gefunden.

- **Benzodiazepine**

Aufgrund des hohen Abhängigkeitspotenzials und des negativen Einflusses auf die Impulskontrolle ist der Einsatz dieser Medikamentengruppe bei BPS-Patienten problematisch und wird nicht empfohlen (Herpertz et al., 2007; Lieb & Stoffers, 2011; Ripoll, Triebwasser & Siever, 2011).

4. Angehörige von Patienten mit BPS

Im folgenden Kapitel wird ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu Angehörigen von Patienten mit BPS gegeben.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Datenlage zu dieser Angehörigengruppe äußerst gering ist (Bailey & Grenyer, 2014; Lawn & McMahon, 2015; Martino et al., 2014). Und obwohl – aus der geringen Forschung, die es diesbezüglich gibt – bekannt ist, dass die Angehörigen von Patienten mit BPS höhere Belastungen aufweisen als die Angehörigen von Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (Bailey & Grenyer, 2014; Goldman, D'Angelo & DeMaso, 1993; Kirtley et al., 2018) und als die Allgemeinbevölkerung (Jungbauer, Bischof & Angermeyer, 2001; Riso, Klein, Anderson & Ouimette, 2000; Scheirs & Bok, 2007), existieren bislang nur wenige empirisch untersuchte borderlinespezifische Angehörigenprogramme (Grenyer et al., 2018).

4.1. Aktueller Forschungsstand

Die BPS ist eine spezifische Form der Persönlichkeitsstörungen (PS). Deshalb wird im Folgenden zunächst ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand von Angehörigen von Patienten mit PS gegeben, bevor speziell auf die Angehörigen von Patienten mit BPS eingegangen wird.

- **Angehörige von Patienten mit Persönlichkeitsstörung**

Dank der Psychiatriereform und dem damit einhergehenden Aufbau zahlreicher ambulanter Angebote kommt es seit etwa 1980 zu einer abnehmenden stationären Verweildauer bei Patienten aller Diagnosegruppen (Bäumel & Pitschel-Walz, 2011; Jungbauer et al., 2001). So können psychisch Kranke nach einem relativ kurzen Klinikaufenthalt wieder nach Hause und damit in den meisten Fällen wieder zurück in ihre Familie entlassen werden (Jungbauer et al., 2001). Dadurch sind die Angehörigen verstärkt in den Rehabilitationsprozess des Erkrankten einbezogen. Neben dem Vorteil der Einbindung des Kranken in sein natürliches familiäres Umfeld kann die Betreuung eines psychisch kranken Patienten mit zahlreichen Problemen und Belastungen für die Angehörigen einhergehen (ebd.) – zumal sie in eine Rolle als „Pflegekraft“ gedrängt werden, auf die sie gar nicht oder nur schlecht vorbereitet werden (Hoffman et al., 2007). Zahlreiche Untersuchungen belegen die enormen und vielfältigen Belastungen der Angehörigen psychisch Kranker (z. B. Bailey, 2014; Bauer, 2010; Bauer, Koepke, et al., 2012; Fischer, Kemmler & Meise, 2004; Flynn et al., 2017; Grenyer et al., 2018; Hesse, 2010; Langschwert, 2014; Möller-Leimkühler & Wiesheu, 2012; Pitschel-Walz & Bäumel, 2017; Pitschel-Walz et al.,

2015; Schmid et al., 2003; Wilz & Brähler, 2012). So ergab sich in der Angehörigenforschung ein Perspektivenwechsel: Während lange Zeit die Auswirkungen des familiären Umfelds auf den psychisch Erkrankten untersucht wurden, werden seit den 1950er-Jahren auch die Auswirkungen des erkrankten Familienmitglieds auf seine Angehörigen erforscht (Jungbauer et al., 2001). Dadurch geriet das Belastungserleben von Angehörigen zusätzlich zu deren Einfluss auf die individuelle Psychopathologie des psychisch Kranken zunehmend in den Fokus der Forschung (Bauer, Koepke, et al., 2012; Fischer et al., 2004; Graap, 2013). Die meisten dieser Studien widmen sich den Angehörigen von Patienten mit Schizophrenie (z. B. Brain, Kymes, DiBenedetti, Brevig & Velligan, 2018; Bulut, Arslantaş & Ferhan Dereboy, 2016; Caqueo-Úrizar et al., 2014; Friedrich et al., 2015; Gater et al., 2014; Hegde, Chakrabarti & Grover, 2019; Jagannathan, Thirthalli, Hamza, Nagendra & Gangadhar, 2014; Marchira, Supriyanto, Subandi, Good & Good, 2017; Pitschel-Walz & Bäuml, 2017; Rhee & Rosenheck, 2018; Shiraishi & Reilly, 2018; Yu et al., 2018, 2019), womit diese Angehörigenzielgruppe zu den am besten erforschten zählt (Baronet, 1999; Pitschel-Walz et al., 2015).

Es existieren aber auch zahlreiche Studien zu Angehörigen von Patienten mit den folgenden Krankheitsbildern:

- Demenz (z. B. Deeken, Rezo, Hinz, Discher & Rapp, 2018; Liew, Tai, Yap & Koh, 2019; Liu et al., 2017; Martín-Carrasco et al., 2009; Piquart & Sörensen, 2006),
- Depression (z. B. Chai, Mahadevan, Ng, Chan & Md Dai, 2018; Frank et al., 2015; Kumar & Gupta, 2014; Martín et al., 2015; Pianchob, Sangon, Sitthimongkol, Williams & Orathai, 2014; Roick, 2019; Wijngaarden, Schene & Koeter, 2004),
- bipolare Störungen (z. B. Baruch, Pistrang & Barker, 2018; Blanthorn-Hazell, Gracia, Roberts, Boldeanu & Judge, 2018; Dols et al., 2018; Hubbard, McEvoy, Smith & Kane, 2016; Perlick et al., 2016),
- Zwangsstörungen (z. B. Morgiève, N'Diaye, Fernandez-Vidal, Clair & Mallet, 2017; Siu, Lam & Chan, 2012; Torres, Hoff, Padovani & Ramos-Cerqueira, 2012; Wu et al., 2018),
- Angststörungen (z. B. Antai-Otong, 2016; Kasalova et al., 2018; Senaratne, Van Ameringen, Mancini & Patterson, 2010; Wang, Chen, Tan & Zhao, 2016)
- Essstörungen (z. B. Anastasiadou et al., 2016; Martín et al., 2015; Quadflieg, Schädler, Naab & Fichter, 2017; Quiles Marcos, Quiles Sebastián, Escolano Herrera, Sanmartín & Treasure, 2018; Stefanini et al., 2018).

Vor allem im Vergleich zu Forschungen in Bezug auf Angehörige von Patienten mit anderen psychischen Störungen ist die Datenlage zu Angehörigen von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (PS) gering (Bailey & Grenyer, 2013; Grenyer et al., 2018; Martino

et al., 2014; Pitschel-Walz et al., 2015). Dies erscheint gerade deswegen erstaunlich, da PS im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen v. a. im Kontext zwischenmenschlicher Beziehungen auftreten (Hoffman et al., 2007). Somit sind es vor allem die Angehörigen, die durch die Störung betroffen sind, und gleichzeitig sind sie wiederum diejenigen Personen, die am wahrscheinlichsten den Betroffenen mit Persönlichkeitsstörung beeinflussen (Hoffman et al., 2007). Bailey und Grenyer (2014) fanden heraus, dass Angehörige von Personen mit einer Persönlichkeitsstörung eine höhere Belastung aufweisen als Angehörige von Personen mit anderen psychischen Störungen. Die Angehörigen berichten zudem von gemindertem Wohlbefinden, einhergehend mit eigenen psychischen Problemen und Schwierigkeiten in der Emotionsregulation – ähnlich zu dem Symptombild von Patienten mit Angststörung, Depression und Posttraumatischer Belastungsstörung. Zudem hat das Kümern um eine Person mit PS auch Auswirkungen auf andere zwischenmenschliche Beziehungen im sozialen Umfeld.

Zusammenfassend scheint das Begleiten einer Person mit PS mit einer hohen allgemeinen psychischen Belastung (eingeschlossen Kummer und Traurigkeit), einem geminderten Wohlbefinden (eingeschlossen eigener psychischer Probleme) und zwischenmenschlichen Spannungen einherzugehen (Bailey & Grenyer, 2014). Diese Auswirkungen auf die Angehörigen heben deutlich hervor, wie wichtig klinische Interventionen und Hilfsangebote für die Angehörigen von Personen mit PS sind (Bailey & Grenyer, 2014; Grenyer et al., 2018; Martino et al., 2014). Umso beachtlicher ist, dass kaum Daten über die Auswirkungen von Patienten mit PS auf deren Angehörige existieren, wodurch hier eine enorme Lücke in der Literatur besteht (Bailey & Grenyer, 2014).

- **Angehörige von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung**

Entsprechend der Datenlage zum Forschungsstand über Angehörige von Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung ist auch die Datenlage zu Angehörigen von Patienten mit der spezifischen Persönlichkeitsstörung „Borderline“ äußerst gering.

Gibt man beispielsweise bei der großen medizinischen Literaturliteraturdatenbank PubMed die Suchanfrage „psychoeducation caregiver borderline“ ein, wird ein Treffer erzielt (Martino et al., 2014), die Suchbegriffe „psychoeducation relative borderline“ erzielen 19 Treffer (von denen sich tatsächlich jedoch nur sieben mit dieser Angehörigengruppe beschäftigen). Vergleicht man diese Trefferanzahl z. B. mit der Trefferquote für Angehörige von Patienten mit Schizophrenie, ergeben die äquivalenten Suchbegriffe „psychoeducation caregiver schizophrenia“ 101 Treffer und „psychoeducation relative schizophrenia“ 261 Treffer (Stand Januar 2019). Es ist evident, dass auf diesem Gebiet dringend weitere Forschung notwendig ist (Bailey, 2014; Lawn & McMahon, 2015; Martino et al., 2014; Sansone & Sansone, 2009).

Dass ausgerechnet die Angehörigen von Personen mit BPS so unterversorgt sind, erscheint auch deshalb erstaunlich, da sieben der neun Kriterien, die im DSM-5 aufgelistet sind, direkt die zwischenmenschlichen Beziehungen zwischen dem Patienten mit BPS und seinen Angehörigen beeinflussen (beispielsweise Angst vorm Verlassenwerden, affektive Instabilität, unangemessen starke Wut anderen gegenüber, impulsives Verhalten, instabiles Selbstbild). Die zwei restlichen Symptome (Gefühle von Leere, stressgebundene Paranoia oder Dissoziationen) beeinflussen die Familienmitglieder indirekt (Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti & Bruce, 2003). Eins der Kriterien spricht den Einfluss auf das Umfeld des Erkrankten sogar direkt an: „Ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist“ (American Psychiatric Association, 2015, S. 909). Gleiches gilt für das ICD-10: Aus den erforderlichen Kriterien ist ersichtlich, dass die zwischenmenschlichen Beziehungen im Umfeld der BPS-Patienten durch die charakteristischen Symptome mitbetroffen sind. Kurz ausgedrückt: Nahezu alle Symptome der BPS (wie die PS im Allgemeinen) tragen zu einer beeinträchtigten Beziehung zu sich selbst oder zu anderen bei (Bailey, 2014) und die Charakteristik der BPS hat einen negativen Effekt auf zwischenmenschliche Beziehungen (Hoffman et al., 2007).

In Anlehnung an Mason und Kreger (2009) fasst Jäger (2014) in ihrem Ratgeber die Reaktionen der Angehörigen auf das Verhalten der BPS-Patienten anschaulich zusammen und teilt sie fünf Kategorien zu:

- Verlust der Selbstachtung

Eine andauernde emotionale Misshandlung durch den BPS-Patienten (z. B. kontinuierliche Beleidigungen, Schuldzuweisungen, Unterstellungen, Kritik) führt zu einer starken Verunsicherung des Selbstwertgefühls des Angehörigen. Allmählich fällt es ihm schwer, Situationen realistisch einzuschätzen.

- Schuld-, Scham- und Ohnmachtsgefühle

Fällt es dem Angehörigen schwer, sich abzugrenzen, können die häufigen Schuldzuweisungen durch den BPS-Patienten zu der Überzeugung führen, er selbst sei die Ursache aller Schwierigkeiten. Und obwohl der Angehörige sich oft intensiv für den BPS-Patienten einsetzt, wird oft keine Besserung erzielt. Dies kann zu tiefen Selbstzweifeln, Scham- und Ohnmachtsgefühlen führen. Durch die andauernde Grundangst vor weitreichenden Konsequenzen (z. B. Suizidversuche des Betroffenen) fällt es dem Angehörigen schwer,

sich von dem Betroffenen zu lösen oder ihn zu verlassen, weshalb er sich gefangen und ohnmächtig fühlen kann.

- Rückzug und Isolation

Die Überforderung im Umgang mit dem Betroffenen führt häufig zu einem emotionalen und physischen Rückzug des Angehörigen, indem er beispielsweise versucht, nur noch selten zu Hause zu sein. Zudem führen die unberechenbaren Verhaltensweisen des Betroffenen zu einem Rückzug aus dem eigenen Freundeskreis: Angehörige treffen bei ihren Freunden oft auf Unverständnis bezüglich der belastenden Situationen oder bekommen unpassende Ratschläge.

- Suchtverhalten und Psychosomatische Beschwerden

Oftmals werden dysfunktionale Stressbewältigungsversuche (z. B. übermäßiger Alkoholkonsum, Essen, Drogen) nicht nur von den Betroffenen, sondern auch von den Angehörigen eingesetzt. Die unvorhersehbaren impulsiven Verhaltensweisen des Patienten können zudem zu körperlichen Symptomen wie Kopfschmerzen, Magenschmerzen oder Bluthochdruck führen.

- Borderline-Tendenzen und Co-Abhängigkeit

Oftmals sind das Schwarz-Weiß-Denken und das Alles-oder-nichts-Prinzip auch bei den Angehörigen zu finden. Häufig kommt es bei ihnen zu einer Co-Abhängigkeit vom BPS-Betroffenen: Sie fühlen sich verpflichtet, in völliger Selbstaufgabe das Leiden der Patienten zu reduzieren. Nicht tragbare Verhaltensweisen und Grenzüberschreitungen werden häufig einfach hingenommen.

Die erheblichen Belastungen der Angehörigen von Betroffenen mit BPS werden durch die Befunde aus wissenschaftlichen Studien bestätigt. Angehörige weisen gehäuft Depressionen, Impulskontrollstörungen, Substanzmissbrauch, antisoziale Persönlichkeitszüge und selbst eine Borderline-Persönlichkeitsstörung auf (Goldman et al., 1993; Riso et al., 2000; Silverman et al., 1991; Zanarini et al., 2004). Zudem leiden sie häufig unter traumatischem Stress, Sorgen, Scham, Vorurteilen, Kraftlosigkeit, Schuldgefühlen, Kummer, zwischenmenschlichen Spannungen, Schwierigkeiten sowie Misstrauen bezüglich des Gesundheitssystems und widersprüchlichen Beratungen durch professionelle Helfer (Dunne & Rogers, 2013; Ekdahl, Idvall, Samuelsson & Perseius, 2011; Giffin, 2008; Goodman et al., 2011; Kirtley et al., 2018). Hinzu kommt, dass Angehörige kaum etwas über das Störungsbild der BPS wissen (Hoffman et al., 2003).

Eine ältere, aber erwähnenswerte Studie von Hellman, Morrison und Abramow (1986) ergab, dass zu den größten Stressoren von Klinikern Suizidversuche, Suiziddrohungen und wütende Patienten zählen; alle drei Charakteristika sind mit BPS assoziiert. Wenn also professionelle Kliniker diese Merkmale als besondere Belastung erleben, dürfte dies erst recht auf die Angehörigen zutreffen.

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung für diese Arbeit fand die Autorin in der Literatur gerade einmal vier empirische Untersuchungen zu Psychoedukationsgruppen für diese Angehörigengruppe (Hoffman et al., 2005, 2007; Rajalin, Wickholm-Pethrus, Hursti & Jokinen, 2009, Regalado et al., 2011). Drei der Arbeiten untersuchten die Auswirkungen des Programms „Family Connections“ auf die Angehörigen. In der spanischen Studie von Regalado et al. (2011) ist dem Abstract nicht zu entnehmen, welches psychoedukative Gruppenprogramm eingesetzt wurde. In den letzten zwei Jahren sind drei weitere Arbeiten hinzugekommen (vgl. auch Tabelle 4.3):

- Eine Arbeit von Flynn et al. (2017), die das „Family Connections“-Programm mit einer kurzen Psychoedukationsgruppe verglichen.
- Eine Studie von Pearce et al. (2017), die die Auswirkungen des Programms „Making Sense of BPD (MS-BPD)“ auf Angehörige von Jugendlichen mit BPS untersuchten.
- Eine Arbeit von Grenyer et al. (2018), die sich mit den Auswirkungen des Programms „Staying Connected when Emotions Run High“ für Angehörige von Patienten mit BPS beschäftigten.

Es zeichnet sich durch die Studienlage ab, dass die Angehörigen von Patienten mit BPS von unterstützenden Gruppenprogrammen profitieren: Psychoedukationsprogramme erzielten im Vergleich zu Kontrollgruppen eine Reduktion von Belastung, Kummer, Sorgen, Depression und Expressed-emotions-Raten (Flynn et al., 2017; Hoffman et al., 2005, 2007; Pearce et al., 2017). Außerdem konnten das subjektive Bewältigungsprofil (Empowerment) erhöht und die Beziehung zum Betroffenen sowie der Familienzusammenhalt verbessert werden (Grenyer et al., 2018; Hoffman et al., 2005, 2007).

Im Folgenden wurde nach ausführlicher Literaturrecherche der Autorin versucht, den aktuellen Forschungsstand bezüglich der Angehörigen von Patienten mit BPS aufzuzeigen. Zu dieser Angehörigengruppe finden sich in der Literatur Studien, in denen BPS-Patienten über ihre Angehörigen interviewt werden, die also die Angehörigen nur indirekt erforschen, und Studien, die direkt die Angehörigen von BPS-Patienten untersuchen. Außerdem gibt es Studien, in denen die publizierte Literatur zu dieser Angehörigen-

gruppe systematisch durchsucht und zusammengefasst wurde. Für eine gute Übersichtlichkeit werden im Folgenden die in der Literatur existierenden Studien zu Angehörigen von Patienten mit BPS getrennt für diese drei Forschungsansätze in tabellarischer Form dargestellt.

Vor allem auch in Hinblick auf das Ziel, mögliche Ursachenmodelle der BPS zu generieren, werden die BPS-Patienten schon seit Langem über ihr familiäres Umfeld befragt. Somit existieren zahlreiche Studien, in denen Aussagen der Betroffenen über ihre Angehörigen dokumentiert wurden. Daher wurde der Schwerpunkt auf diejenigen Studien gelegt, die explizit – über den Umweg des BPS-Patienten – Aussagen über die Angehörigen treffen (vgl. Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1: Übersicht zu Studien zur indirekten Erforschung der Angehörigen von Patienten mit BPS

Autoren	Kurzinformation zur Studie	Ergebnisse
Soloff & Milward (1983)	Interviewten <ul style="list-style-type: none"> - Patienten mit BPS - Patienten mit Depression - Patienten mit Schizophrenie über ihre Angehörigen.	Verglichen mit den anderen beiden Stichproben berichteten die BPS-Patienten häufiger von Depressionen, pathologischen Stimmungsschwankungen und „seltsamem oder exzentrischem Verhalten“ bei ihren Angehörigen.
Zanarini et al. (2000)	Interviewten und verglichen <ul style="list-style-type: none"> - 358 Patienten mit einer BPS-Diagnose - mit 109 Patienten, die eine andere psychiatrische Diagnose (keine PS) aufwiesen. 	Die BPS-Patienten berichteten signifikant häufiger von verbaler, emotionaler und physischer Vernachlässigung durch beide Elternteile. Zudem berichteten sie signifikant häufiger, dass beide Elternteile ihre Gedanken und Gefühle invalidieren, sie nicht genügend beschützen, ihre physischen Bedürfnisse vernachlässigen, sich emotional von ihnen zurückziehen und sie widersprüchlich behandeln. Die Autoren schlussfolgern, dass elterliches Versagen ein signifikanter Faktor bei der Entstehung der BPS sein könnte.

Autoren	Kurzinformation zur Studie	Ergebnisse
Armeliu s & Granberg (2000)	<p>Untersuchten</p> <ul style="list-style-type: none"> - BPS-Patienten, - Patienten mit Psychose - und gesunde Personen <p>bezüglich ihres Selbstbildes und der Wahrnehmung von Mutter und Vater.</p>	<p>BPS-Patienten wiesen negativere Selbst- und Elternbilder (speziell Vaterbilder) auf als die Kontrollgruppen. Bei BPS-Patienten und Gesunden hing das Selbstbild mit beiden Elternbildern zusammen, während bei psychotischen Patienten nur das Mutterbild eine Rolle spielte. Die Autoren schlussfolgern, dass BPS-Patienten durch negative Bindungen charakterisiert sind und Patienten mit Psychose durch eine mangelnde Separation von ihren Müttern.</p>
Nickell et al. (2002)	<p>Untersuchten elterliche Bindung und Bindungsstile bei 393 Personen.</p>	<p>Sie fanden heraus, dass unsichere (vermeidend oder ambivalent) Bindungsstile und eine Wahrnehmung der Mutter als wenig fürsorglich einzig mit BPS-Patienten in Verbindung gebracht werden konnten. Sie schlussfolgern, dass Bindung und Bindungsstile in Modellen zur Entstehung einer BPS zu berücksichtigen sind.</p>
Zanarini et al. (2004)	<p>Interviewten</p> <ul style="list-style-type: none"> - 341 Patienten mit BPS und - 104 Patienten mit anderer PS <p>über ihre Angehörigen.</p>	<p>Die BPS-Patienten berichteten im Vergleich zur Kontrollgruppe häufiger, dass ihre Angehörigen selbst Symptome einer BPS aufwiesen.</p>
Bandelow et al. (2005)	<p>Interviewten</p> <ul style="list-style-type: none"> - 66 BPS-Patienten - und 109 gesunde Personen <p>retrospektiv über das Familienleben.</p>	<p>BPS-Patienten beschrieben die Einstellung ihrer Eltern in allen Bereichen als nachteilig. Außerdem berichteten sie häufiger von psychischen Störungen innerhalb der Familie (v. a. Depression, Angststörungen und Suizide). Die Autoren schlussfolgern, dass psychische Störungen innerhalb der Familie bei der Genese der Erkrankung eine Rolle spielen könnten.</p>
Stepp et al. (2005)	<p>Interviewten junge Erwachsene in einer prospektiven Studie (das Interview wurde nach zwei Jahren wiederholt). Die jungen Erwachsenen wurden auf BPS-Merkmale hin untersucht.</p>	<p>BPS-Merkmale scheinen ein Prädiktor für einen späteren Alkoholmissbrauch der Eltern zu sein.</p>

In der folgenden Tabelle 4.2 wird der aktuelle Forschungsstand bezüglich der in der Literatur existierenden systematischen Übersichtsarbeiten zu Angehörigen von BPS-Patienten wiedergegeben.

Tabelle 4.2: Aktuelle Forschungsübersicht zu systematischen Übersichtsarbeiten zu Angehörigen von Patienten mit BPS

Autoren	Kurzinformation zur Studie	Ergebnisse
Clarkin et al. (1991)	Die Autoren durchsuchten die vorhandene Literatur nach klinischen und empirischen Studien zur Wirksamkeit von Familieninterventionen bei der BPS.	Sie fanden keine Studie.
Glick et al. (1995)	Die Autoren durchsuchten die vorhandene Literatur zu Angehörigen von Patienten mit BPS.	Sie kamen zu dem Schluss, dass – wenn möglich – die Familie in die Behandlung der Patienten einbezogen werden sollte. Die bevorzugte Behandlung wäre Familien-Psychoedukation in Kombination mit medikamentöser Therapie und/oder individueller Psychotherapie.
White et al. (2003)	Die Autoren analysierten Literaturangaben zur Psychopathologie von Angehörigen von Patienten mit BPS.	Diese Autorengruppe kam zu dem Schluss, dass die Angehörigen von BPS-Patienten weniger mit einer familiären Häufung von Depressionen oder Schizophrenien assoziiert sind, als vielmehr mit Impulskontrollstörungen und BPS selbst.
Sansonse & Sansone (2009)	Die Autoren durchsuchten die vorhandene Literatur zu Angehörigen von Patienten mit BPS.	Sie fassten zusammen, dass die Angehörigen psychopathologisch auffällig waren und Depressionen, Impulsspektrumstörungen, Substanzmissbrauch und selbst Persönlichkeitsstörungen aufwiesen. Außerdem führen sie aus, dass BPS-Patienten ihre Angehörigen in einem extrem negativen Licht erscheinen lassen. Sie betonen, wie wichtig es ist, in diesem Bereich weiter zu forschen.

Autoren	Kurzinformation zur Studie	Ergebnisse
Stepp et al. (2011)	Die Autoren durchsuchten die Literatur zu Angaben über Kinder von Müttern mit BPS.	Nach den Autoren weisen Kinder von Müttern mit BPS ein hohes Risiko dafür auf, selbst eine BPS oder ähnliche Symptome zu entwickeln. Die Autoren betonen, wie wichtig es ist, den Müttern mit BPS Psychoedukation bezüglich der Entwicklung von Kindern zukommen zu lassen und ihnen Unterstützung in der Kindererziehung anzubieten.
Bailey & Grenyer (2013)	Die Autoren suchten in Online-Datenbanken nach empirischen Studien zu Angehörigen von Patienten mit BPS, die zwischen 1996 und 2011 veröffentlicht wurden.	Sie fanden fünf Studien: Angehörige von Patienten mit BPS weisen Belastung, Sorgen, verminderte Handlungsfähigkeiten und mentale Gesundheitsprobleme wie Depression und Angst auf.
Martino et al. (2014)	Die Autoren durchsuchten die Onlinedatenbanken PubMed und PsycINFO mit den Begriffen: „borderline personality disorder“, „family“, „psychopathology“, „burden“, „psychoeducation“, „caregiver“ und „caretaker“.	Die Autoren bilanzierten, dass die Studienlage zur Belastung von Angehörigen von Patienten mit BPS immer noch gering ist. Außerdem ergaben die Recherchen, dass die Belastung der Angehörigen von BPS-Patienten vergleichbar ist mit der Belastung von Angehörigen schizophrener Erkrankter. Studien weisen darauf hin, dass spezifische Hilfsangebote die Belastung der Angehörigen reduzieren und ihre Selbstwirksamkeit erhöhen können. Die Autoren schlussfolgern, dass es wichtig ist, die Angehörigen in die Behandlung der BPS-Patienten miteinzubeziehen.
Boucher et al. (2017)	Die Autoren durchsuchten die vorhandene Literatur zur Eltern-Kind-Beziehung eines BPS-Patienten. Sie werteten 40 Studien aus.	Im Vergleich zu Gesunden berichten BPS-Patienten über eine sehr viel dysfunktionalere Eltern-Kind-Beziehung. Diese schätzen sie auch sehr viel negativer ein als ihre Eltern. Die Autoren schlussfolgern, dass geringe elterliche Fürsorge, Überbehütung und elterliche Unberechenbarkeit mögliche Risikofaktoren für die Entstehung einer BPS sind.

Autoren	Kurzinformation zur Studie	Ergebnisse
Fossati & Somma (2018)	Die Autoren durchsuchten qualitativ die Literatur bezüglich der Angehörigen von Patienten mit BPS.	Die Autoren schlussfolgerten, dass sich Unterstützungsangebote an drei Gruppen richten: <ul style="list-style-type: none"> - an die Ursprungsfamilie des BPS-Erkrankten, - an die neue Familie, die der BPS-Betroffene gegründet hat, - oder an BPS-Eltern zur Unterstützung mit ihren Kindern.

Im Folgenden wird der aktuelle Forschungsstand bezüglich derjenigen Studien aufgezeigt, die sich direkt mit den Angehörigen von BPS-Patienten beschäftigen. Von den in Tabelle 4.3 dargestellten Studien beschäftigen sich lediglich sieben (Flynn et al., 2017; Grenyer et al., 2018; Hoffman et al., 2005, 2007; Pearce et al., 2017; Rajalin et al., 2009; Regalado et al., 2011) mit den Auswirkungen psychoedukativer oder ähnlicher Gruppenprogramme auf die Angehörigen (durch Unterstreichung hervorgehoben).

Tabelle 4.3: *Aktueller Forschungsstand bezüglich der direkten Erforschung der Angehörigen von Patienten mit BPS*

Autoren	Kurzinformation zur Studie	Ergebnisse
Silverman et al. (1991)	Verglichen wurden Angehörige ersten Grades von Patienten mit <ul style="list-style-type: none"> - BPS, - anderer PS und - Schizophrenie. 	Verglichen mit den anderen beiden Stichproben zeigten die Angehörigen von Personen mit BPS häufiger affektive und impulsive Symptome.
Goldman et al. (1993)	Verglichen wurden Familienangehörige von Patienten mit <ul style="list-style-type: none"> - BPS und mit - anderen psychiatrischen Diagnosen. 	Angehörige der Patienten mit BPS hatten signifikant höhere Raten an Depression, Substanzmissbrauch und antisozialen Persönlichkeitszügen.
Gunderson et al. (1997)	Sie veröffentlichten ein Psychoedukationsprogramm für Angehörige von Patienten mit BPS: „Multiple Family Group Program at McLean Hospital“.	Sie stellten das Manual und seine Ziele vor.
Riso et al. (2000)	Verglichen wurden Familienangehörige von <ul style="list-style-type: none"> - Patienten mit BPS, - Patienten mit affektiven Störungen und - Personen, die noch nie psychiatrisch auffällig waren. 	Verglichen mit diesen zwei Kontrollgruppen zeigten die Angehörigen von Patienten mit BPS erhöhte Raten an affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen.

Autoren	Kurzinformation zur Studie	Ergebnisse
Hoffman et al. (2003)	Untersucht wurden 32 Angehörige von BPS-Patienten bezüglich ihres Wissensstandes. Diesen korrelierten sie mit der Belastung, der Depressivität, dem Distress und der Expressed-emotions-Rate.	Entgegen der Erwartung war ein höheres Wissen der Angehörigen verbunden mit einer höheren Belastung, einem höheren Distress, einer höheren Depressivität und einer höheren Feindseligkeit gegenüber dem BPS-Patienten.
Hoffman et al. (2005)	Sie entwickelten „Family Connections“ für Angehörige von Patienten mit BPS und untersuchten die Auswirkungen des Programms in einer nicht kontrollierten Studie. 44 Angehörige von BPS-Patienten füllten zu drei Messzeitpunkten Selbsteinschätzungsfragebögen aus: Prä-, Post- und 6-Monats-Katamnese.	<u>Durch die Teilnahme an dem Programm konnten Kummer, Leid und Belastung reduziert und Empowerment (mastery) erhöht werden. Die Follow-up-Untersuchungen bestätigen die Befunde.</u>
Hoffman et al. (2007)	<u>Replikationsstudie.</u>	<u>Konnten die Ergebnisse replizieren und zudem zeigen, dass sich depressive Symptome reduzierten.</u>
Scheirs & Bok (2007)	Sie verglichen verwandte und nicht verwandte Angehörige von Patienten mit BPS mit der Allgemeinbevölkerung.	Beide Angehörigengruppen von Patienten mit BPS erzielten auf der Symptom-Checklist-90 (SCL-90, ein Instrument zur Messung psychischer Belastung) höhere Werte als die Normalbevölkerung.
Giffin (2008)	Sie untersuchten qualitativ vier Elternpaare von Patienten mit BPS.	Sie berichteten von chronischem und traumatischem Stress, Sorgen, Belastungen, zwischenmenschlichen Spannungen, Schwierigkeiten, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, und widersprüchlichen Beratungen durch professionelle Helfer.
Rajalin et al. (2009)	<u>Sie untersuchten die Auswirkungen von „Family Connections“ auf 13 Angehörige.</u>	<u>Durch die Teilnahme an dem Programm wiesen die Angehörigen eine reduzierte Belastung, eine Verbesserung der psychischen Gesundheit und eine Zunahme an Wohlbefinden bezüglich der Beziehung zum Betroffenen mit BSP auf.</u>

Autoren	Kurzinformation zur Studie	Ergebnisse
Ekdahl et al. (2011)	Sie untersuchten qualitativ zehn Elternpaare von Patienten mit BPS und ein erwachsenes Kind von einem Patienten mit BPS.	Sowohl die Eltern als auch das Kind berichteten von einem Leben, in dem sie um die Person mit BPS „herumschleichen“, sich ständig verantwortlich fühlen und sich Sorgen machen. Sie beschrieben angespannte Beziehungen zu den Familienangehörigen, litten unter Scham, Vorurteilen, Kraftlosigkeit, Schuldgefühlen, Kummer und Zweifeln gegenüber dem Gesundheitssystem.
<u>Regalado et al. (2011)</u>	<u>Der Artikel ist auf Spanisch verfasst. Dem Abstract ist zu entnehmen, dass ein 12-wöchiges Psychoedukationsprogramm (vermutlich „Family Connections“) mit Angehörigen von Patienten mit BPS durchgeführt wurde.</u>	<u>Nach dem Programm wiesen die Angehörigen eine Reduktion von Belastung, psychischem Stress und körperlicher Symptomatik auf.</u>
Goodman et al. (2011)	Sie untersuchten qualitativ mittels eines Online-Fragebogens Eltern von Töchtern mit BPS.	Die Ergebnisse zeigen, dass die Eltern die größten Beeinträchtigungen in folgenden Bereichen spüren: <ul style="list-style-type: none"> - emotionale Gesundheit - körperliche Beanspruchung - Zufriedenheit in der Ehe - Sozialleben
Bauer, Döring et al. (2012)	Sie untersuchten qualitativ 30 Angehörige von Patienten mit BPS.	Sie entdeckten insgesamt 44 Themenbereiche, mit denen die Angehörigen zu kämpfen haben, was die Multidimensionalität der Belastung spiegelt.
Dunne & Rogers (2013)	Sie untersuchten qualitativ acht Angehörige von Patienten mit BPS bezüglich der Themen: <ul style="list-style-type: none"> - „Rolle des Gesundheitssystems“ - „Erfahrungen in der Öffentlichkeit“. 	Die Ergebnisse zeigen, dass Angehörige von Patienten mit BPS immer noch im Gesundheitssystem übersehen werden, mit der Konsequenz, dass sie später mehr Unterstützung beanspruchen, um das eigene Wohlbefinden zu sichern.

Autoren	Kurzinformation zur Studie	Ergebnisse
Bailey & Grenyer (2014)	Sie untersuchten 287 Angehörige von BPS-Patienten mittels Selbsteinschätzungsfragebögen. Sie verglichen die Ergebnisse mit veröffentlichten Literaturangaben zu Angehörigen von Patienten mit anderen psychiatrischen Diagnosen.	Angehörigen von BPS-Patienten wiesen eine signifikant höhere Belastung und einen signifikant höheren Kummer auf als die Angehörigen von Patienten mit anderen schweren psychischen Störungen. Die Angehörigen von Betroffenen mit BPS wiesen Symptome auf, die den Symptomen einer affektiven Störung, einer Angststörung und einer Posttraumatischen Belastungsstörung entsprechen.
Bailey & Grenyer (2015)	Sie werteten die Fragebogendaten von 280 Angehörigen von Patienten mit BPS aus, um den Zusammenhang zwischen expressed emotions, Belastung und Wohlbefinden zu untersuchen.	Laut den Angehörigen ist das Familienklima geprägt von hohen Expressed-emotions-Raten (v. a. Kritik und emotionales Überengagement). Emotionales Überengagement korrelierte hoch mit der Belastung und mentalen Gesundheitsproblemen der Angehörigen.
Lawn & McMahon (2015)	Sie werteten die Fragebogendaten von 121 Angehörigen von Patienten mit BPS aus.	Es stellte sich heraus, dass sich die Angehörigen großen Herausforderungen und Diskriminierungen stellen müssen, wenn sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen möchten.
Flynn et al. (2017)	<u>Sie verglichen Angehörige von Patienten mit BPS:</u> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Die eine Gruppe nahm am Family-Connections-Programm teil (jeweils eine zwei-stündige Sitzung pro Woche über 12 Wochen).</u> - <u>Die andere Gruppe diente als Kontrollgruppe und erhielt ein Psychoedukationsprogramm (jeweils eine zwei-stündige Sitzung pro Woche über drei Wochen).</u> 	<u>Die Angehörigen, die am Family-Connections-Programm teilnahmen, wiesen im Prä-post-Vergleich eine signifikant größere Reduzierung von Belastungen und Sorgen auf. In Bezug auf Depression und Selbstwirksamkeitserwartung unterschieden sich die beiden Gruppen nicht signifikant.</u>
Pearce et al. (2017)	<u>Sie untersuchten die Auswirkungen des Programms „Making Sense of BPD (MS-BPD)“ auf Angehörige von Jugendlichen mit BPS.</u>	<u>Die Ergebnisse zeigen, dass die Teilnahme zu einer reduzierten Belastung und zu einem höheren Wissen bei den Angehörigen führte.</u>

Autoren	Kurzinformation zur Studie	Ergebnisse
Kirtley et al. (2018)	<p>Sie verglichen mittels Fragebögen Angehörige von Patienten mit einer</p> <ul style="list-style-type: none"> - BPS (57 Angehörige) und mit - anderen psychiatrischen Diagnosen (41 Angehörige). 	<p>Die Ergebnisse zeigen, dass Angehörige von BPS-Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe mehr</p> <ul style="list-style-type: none"> - Belastung - erlebte Stigmatisierung - expressed emotions - starke emotionale Verstrickung - Kritik - und erlebte Bedrohung durch starke Emotionen aufwiesen.
Grenyer et al. (2018)	<p>Angehörige von Personen mit BPS wurden zwei Gruppen zugeteilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Gruppe (n = 33) nahm am Programm „staying connected when emotions run high“ teil. - Die andere Gruppe war die Warte-Kontrollgruppe (n = 35). 	<p>Die Angehörigen, die Psychoedukation erhielten, wiesen im Vergleich zur Warte-Kontrollgruppe eine verbesserte Beziehung zum Betroffenen auf, einen stärkeren Familienzusammenhalt und verringerte Expressed-emotions-Raten.</p>

4.2. Psychopathologie der Angehörigen

Studien belegen, dass es bei der BPS eine familiäre Häufung der psychopathologischen Symptome gibt, was vermuten lässt, dass die individuelle Psychopathologie der Betroffenen von den Angehörigen maßgeblich mitbestimmt wird (Gunderson, 2011; Hayes, Follette & Linehan, 2012). Angehörige von Patienten mit BPS zeigen ähnliche psychopathologische Auffälligkeiten wie die Betroffenen selbst: affektive Störungen, Impulskontrollstörungen, Substanzmissbrauch oder andere Persönlichkeitsstörungen inklusive BPS selbst (Sansone & Sansone, 2009). Bereits 1983 untersuchten Soloff und Milward die Charakteristika der Angehörigen von BPS-Patienten, indem sie Patienten mit BPS, Depression und Schizophrenie über ihre Angehörigen interviewten. Verglichen mit den anderen beiden Stichproben berichteten die BPS-Patienten häufiger von Depressionen, pathologischen Stimmungsschwankungen und seltsamem oder exzentrischem Verhalten bei ihren Angehörigen. Linehan (1996) berücksichtigt diesen Aspekt in ihrem Biosozialen Ursachenmodell: Sie impliziert durch das invalidierende Umfeld ebenfalls einen Einfluss der Angehörigen bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Störung (vgl. Kapitel 3.9). Zanarini et al. (2000) verglichen Interviewauswertungen von 341 Patienten mit BPS im Vergleich zu 104 Patienten mit einer anderen PS. Es zeigte sich, dass die BPS-Patienten häufiger berichteten, dass ihre Angehörigen selbst Symptome einer BPS aufweisen. Auch Fruzzetti, Shenk & Hoffman (2005) sehen die BPS als eine Störung,

bei der das soziale Umfeld direkt mitbetroffen bzw. ursächlich ist: Sie nehmen als mögliches Ursachenmodell für die Entstehung der BPS ein „transactional model“ (Fruzzetti et al., 2005, S. 1014) an. Diesem liegt die Annahme zugrunde, dass sich zwei oder auch mehr Personen reziprok gegenseitig beeinflussen können und daraus eine ganz bestimmte Beziehungsgestaltung resultiert. So hat das Verhalten eines Individuums einen ganz bestimmten Einfluss auf sein soziales Umfeld bzw. die Familie und umgekehrt. Dadurch entsteht ein transaktionaler Prozess, in dem sich ein Individuum und sein Umfeld wechselseitig beeinflussen (vgl. Fruzzetti & Shenk, 2008). Laut Fruzzetti et al. (2005) können mit dem transaktionalen Modell alle möglichen Verhaltensweisen erklärt werden, die in sozialen Interaktionen entstehen, einschließlich ernsteren Verhaltensauffälligkeiten wie bei der BPS.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Angehörigen von BPS-Patienten häufig selbst psychiatrisch auffällig sind. Im Folgenden wird ein Überblick über pathologische Auffälligkeiten von Eltern, Müttern, Vätern und Partnern von BPS-Patienten gegeben:

- **Eltern von BPS-Patienten**

In der Literatur wird ein typischer „Borderline-Stil“ der Erziehung diskutiert (Sansone & Sansone, 2009). Eltern zeigen Erziehungsstile, die charakterisiert sind durch Überengagement auf Verhaltensebene (z. B. überkontrollierend, überbehütend) und Gleichgültigkeit auf der Gefühlsebene (z. B. mangelnde Empathie/Zuneigung, emotionale Zurückhaltung). Nickell et al. (2002) fanden heraus, dass unsichere (vermeidende oder ambivalente) Bindungen und die Überzeugung, dass sich die Mutter nicht genügend um einen gekümmert hat, eindeutig BPS-Patienten zugeordnet werden konnte. In einer Studie mit 358 Patienten mit BPS und 109 Patienten mit einer anderen PS als Kontrollgruppe stellten Zanarini et al. (2000) fest, dass die BPS-Patienten signifikant öfter von Angehörigen berichteten, die ihre Gefühle und Gedanken invalidierten, sie nicht beschützten, die körperliche Fürsorge vernachlässigten, sich emotional distanzierten und sie widersprüchlich behandelten. Schließlich beschrieben 66 BPS-Patienten im Vergleich zu 109 Kontrollprobanden in einer Studie von Bandelow et al. (2005) die Einstellung ihrer Eltern ihnen gegenüber als signifikant negativer in allen Bereichen. Ähnliche Befunde zeigte eine Studie von Armelius und Granberg (2000), bei der BPS-Patienten negativere Elternbilder aufwiesen als psychotische Kontrollpatienten. Sansone & Sansone (2009) fanden bei ihren Recherchen für ihre Übersichtsarbeit zu den Familien von Patienten mit BPS keine einzige Studie, in der die Eltern von BPS-Patienten gleichwertig oder in einem positiven Licht beschrieben wurden als die Eltern der Kontrollgruppe.

- **Mütter von BPS-Patienten**

Studien, die sich speziell mit den Müttern von BPS-Patienten beschäftigten, beschreiben Folgendes: Die Mütter seien egozentrisch, würden die Kinder als bedürfnisbefriedigende Objekte und nicht als eigenständige Individuen mit eigener Persönlichkeit ansehen und sie in chaotischen Familienverhältnissen großziehen (Golomb et al., 1994). Außerdem nehmen Töchter ihre Mütter als weniger fürsorglich wahr (Paris & Frank, 1989). Mütter seien oft unberechenbar und überbehütend (Bezirgianian, Cohen & Brook, 1993) und in Trauer: Man fand heraus, dass Mütter von BPS-Patienten häufig unter einem Verlust innerhalb von zwei Jahren nach der Geburt des Patienten litten (Liotti, Pasquini & Cirrincione, 2000; Sansone & Sansone, 2009).

- **Väter von BPS-Patienten**

Es gibt nur wenige Studien, die die Beziehung zwischen BPS-Patienten und den Vätern untersuchten. Aber auch die Väter werden damit assoziiert, sich weniger gekümmert zu haben (Zweig-Frank & Paris, 1991) und wurden teilweise noch negativer eingeschätzt als die Mütter – insbesondere natürlich, wenn sie Täter von sexuellem Missbrauch waren (Armeliuss & Granberg, 2000). Demgegenüber stehen Ergebnisse aus der Studie von Karamanolaki et al. (2016), die herausfanden, dass BPS-Patienten im Vergleich zu ihren Geschwistern häufiger die Lieblingskinder der Väter waren als es bei Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen der Fall war. Zudem werden die Väter von BPS-Patienten mit signifikant höheren Raten an Kriminalität, Drogenmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen assoziiert (Guilé et al., 2016).

- **Partner von BPS-Patienten**

Die Ergebnisse von Zanarini et al. (2005) zeigen, dass im Vergleich zu anderen Patientengruppen BPS-Patienten mehr dysfunktionale Paarbeziehungen aufweisen. Gerade Angebote für Partner von BPS-Patienten erscheinen deshalb sinnvoll, da sich Paare mit einem Betroffenen mit BPS häufiger trennen (Labonte & Paris, 1993) und kürzere Bindungen haben (Kamalabadi et al., 2012). Fruzzetti und Fruzzetti (2003) schätzen, dass wenn man die Schwelle für die BPS niedrig ansetzt (3 statt 5 der 9 Kriterien im DSM), bei 50 % der Paare, die in paartherapeutischer Behandlung sind, mindestens ein Partner eine BPS aufweist oder sogar das klinische Bild einer BPS komplett (5 der 9 Kriterien) erfüllt. Bouchard & Sabourin (2009) zeigten, dass beide Partner von BPS-Beziehungen von einer geringeren Zufriedenheit in der Zweierbeziehung berichteten als Paare aus der Allgemeinbevölkerung. Zudem postulieren sie, dass bestimmte Charakteristika der

BPS eigentlich immer mit Beziehungsproblemen einhergehen *müssen* und dass diesbezüglich zu wenig empirische Studien vorliegen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass gerade die Befunde zu Eltern von BPS-Patienten die Wichtigkeit der Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung eines BPS-Erkrankten unterstreichen. Denn die Eltern scheinen durch ihren Erziehungsstil und Umgang mit dem Betroffenen als Mitverursacher in der Literatur anerkannt zu sein. Umso erstaunlicher, dass das Potenzial der Integration der Eltern in die Behandlung eines BPS-Erkrankten so wenig erkannt und erforscht ist.

4.3. Psychoedukative Angehörigengruppen

Nachdem in der Wissenschaft der Fokus vermehrt auf die Perspektive der Angehörigen gerichtet wurde, sind in den letzten Jahren zahlreiche psychoedukative Konzepte für nahezu alle psychischen Störungsbilder publiziert worden. Es existieren bereits psychoedukative Interventionen für Angehörige von Patienten mit Depression, bipolaren Störungen, Schizophrenie, Zwang, Suchterkrankung, Posttraumatischer Belastungsstörung, Schmerzstörung, Schlafstörung und Essstörung (Bäumli et al. 2010; Behrendt & Schaub, 2005; Graap, 2013; Pitschel-Walz, Bäumli & Kissling, 2018; Stengler-Wenzke & Angermeyer, 2002; Terbrack & Hornung, 2004).

Spezifische Angebote für Angehörige von Patienten mit BPS wurden seit 1997 vor allem in den USA entwickelt. In Deutschland gab es lange Zeit keine Unterstützungsangebote. Erst 2007 wurde ein psychoedukatives Manual für Patienten mit BPS publiziert, welches am Ende ein kurzes Kapitel zur Psychoedukation bei Angehörigen beinhaltet: Psychoedukation Borderline-Störung: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen von Rentrop, Reicherzer und Bäumli (2007). Bisher liegen noch keine empirischen Ergebnisse zu dessen Umsetzung oder Wirksamkeit vor. Nach Kenntnisstand der Autorin und eines Herausgebers des Manuals wurden psychoedukative Angehörigengruppen nach diesem Konzept zum ersten Mal im Rahmen dieser Studie umgesetzt. Anlaufstellen für Angehörige zur Teilnahme an Gruppen nach dem Manual sind nicht bekannt.

Ausführliche Literaturrecherchen der Autorin ermittelten insgesamt sieben Angebote für Angehörige von Patienten mit BPS (vgl. Tabelle 4.4). Dieser Fund stimmt teilweise überein mit den Recherchen von Grenyer et al. (2018), die das deutschsprachige Programm von Rentrop et al. (2007) nicht nennen, und von Pearce et al. (2017), die ebenfalls das deutschsprachige Manual und darüber hinaus das Programm „Oxford Friends and Family Empowerment Service (OFAFE)“ nicht nennen.

Lediglich für die drei Programme „Family Connections“, „Staying Connected when Emotions Run High“ und „Making Sense of BPD (MS-BPD)“ liegen Evaluationsdaten vor.

Tabelle 4.4: *Verfügbare Therapieprogramme für Angehörige von Patienten mit BPS*

Spezifische Interventionen für Angehörige von Patienten mit BPS	
Gunderson et al. (1997)	„Multiple Family Group Program at McLean Hospital“
Hoffman et al. (1999)	„DBT Family Skills Training“
Fruzzetti & Hoffman (2004)	„Family Connections“
Rentrop et al. (2007)	„Psychoedukation Borderline-Störung: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen“
Pearce et al. (2017)	„Making Sense of BPD (MS-BPD)“
Interventionen für Angehörige von Patienten mit PS	
Pearce & Sanders (2010)	„Oxford Friends and Family Empowerment (OFAFE) Service“
Bickerton et al. (2013)	„Staying Connected when Emotions Run High“

Alle sieben Programme haben ähnliche übergeordnete Ziele und stimmen in den Kernkomponenten überein: Sie bieten Psychoedukation an, stellen Unterstützungsangebote dar und ermöglichen den Angehörigen das Erlernen neuer Fertigkeiten. Sie unterscheiden sich v. a. hinsichtlich der Art der Vermittlung und der Häufigkeit der Sitzungen.

Das **„Multiple Family Group Program at McLean Hospital“** wurde in Anlehnung an das psychoedukative Mehrfamilien-Programm bei Schizophrenie von McFarlane et al. (1995) in Harvard entwickelt. In dessen Mittelpunkt stehen die Schulung über die BPS (Symptome, Ätiologie, Behandlungsoptionen), die Vermittlung von Fertigkeiten für den Umgang mit dem Betroffenen, eine Stärkung des familiären Empowerments und die Schaffung eines Arbeitsbündnisses auf Augenhöhe zwischen Therapeuten, Angehörigen und Patienten. Zentral dabei sind Gruppendiskussionen und -problemlösungen (vgl. Friedrich & Gunia, 2005; Gunderson & Berkowitz, 2006; Gunderson et al., 1997; Pitschel-Walz et al., 2015; Whitehurst, Ridolfi & Gunderson, 2002).

Das **„DBT Family Skills Training“** basiert auf der DBT von Linehan und richtet sich ebenfalls an die ganze Familie. Es findet in eineinhalbstündigen Sitzungen über 24 Wochen statt und hat zum Ziel, die Angehörigen zu unterstützen, ihnen Psychoedukation zukommen zu lassen, ihre Kommunikationsfertigkeiten zu verbessern und ein validierendes Umfeld zu schaffen. In den ersten 45 Minuten stehen Skillstraining oder die Besprechung von Hausaufgaben im Fokus; die letzten 45 Minuten werden „Sprechstunde“ genannt und dienen als Forum für familiäre Probleme. Basierend auf dem Transaktionalen Modell (vgl. Kapitel 4.2) von Fruzzetti et al. (2005) ist ein wichtiger Bestandteil des

Family-Skills-Trainings die Erarbeitung doppelter Kettenanalysen. Diese ermöglichen es, ein Verständnis für die Abfolge familiärer Interaktionen zu gewinnen, um daraus Ansatzpunkte für mögliche Veränderung abzuleiten (vgl. Friedrich & Gunia, 2005; Hoffman et al., 2005, 1999; Pitschel-Walz et al., 2015).

Das Programm **“Family Connections”** ist ein 12-wöchiges Gruppenprogramm, welches von geschulten Angehörigen für andere Angehörige von Patienten mit BPS (Peer-to-peer-Programm) durchgeführt wird. Es beruht auf zwei Modellen: zum einen ebenfalls auf der DBT von Linehan (1996) und zum anderen auf dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984). Im Fokus stehen die Psychoedukation über das Störungsbild, das Erlernen von Kommunikationsfertigkeiten innerhalb der Familie und die Bildung eines sozialen, unterstützenden Netzwerkes (vgl. Fruzzetti & Hoffman, 2004; Hoffman et al., 2005, 2007). „Family Connections“ wird seit 15 Jahren in den USA unter der Schirmherrschaft der „National Education Alliance for Borderline Personality Disorder“ (NEA-BPD) angeboten und hatte im Jahr 2014 1200 Angehörige von Patienten mit BPS auf der Warteliste (Krawitz, Reeve, Hoffman & Fruzzetti, 2016), was den hohen Bedarf der Angehörigen aufzeigt. Vier Studien belegen, dass Angehörige nach der Teilnahme an diesem Gruppenprogramm signifikant weniger belastet sind, weniger Kummer und depressive Symptomatik aufweisen und über ein höheres Maß an Bewältigungskompetenz verfügen (Flynn et al., 2017; Hoffman et al., 2005, 2007; Rajalin et al., 2009).

Das in dieser Pilotstudie evaluierte Manual **„Psychoedukation Borderline-Störung: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen“** wird ausführlich in Kapitel 6 beschrieben. Es konzentriert sich zu gleichen Teilen auf Psychoedukation und die Vermittlung neuer Fertigkeiten (z. B. Umgang mit Krisen, Verbesserung der familiären Interaktionen). Darüber hinaus ist es ein Ziel der Autoren, die professionell geleitete Gruppe in eine unabhängige Selbsthilfegruppe zu überführen.

Das aktuellste Programm, **„Making Sense of BPD (MS-BPD)“**, ist speziell für die Angehörigen von Jugendlichen (15–25 J.) mit BPS entwickelt worden. Es ist Bestandteil von „Helping Young People Early (HYPE)“ und basiert auf kognitiver analytischer Therapie (Cognitive Analytic Therapy, CAT). Es besteht aus drei zweistündigen Sitzungen, die über einen Zeitraum von drei fortlaufenden Wochen stattfinden. Zwei Sitzungen werden von professionellen Klinikern durchgeführt, die letzte von einem erfahrenen Angehörigen. Die drei Sitzungen decken folgende Themenbereiche ab: Merkmale einer PS, Diagnose, Ursachen, Behandlung, interpersonale Skills, Beziehungsmuster und Selbstfürsorge. Eine Evaluation des Programms ergab, dass die Angehörigen nach der Teilnahme an dem Programm signifikant weniger belastet waren und ein höheres Wissen über die BPS aufwiesen (Pearce et al., 2017).

Die beiden letzten Programme, „Staying Connected when Emotions Run High“ und „Oxford Friends and Family Empowerment Service (OFAFE)“, richten sich an Angehörige von Patienten generell mit PS und nicht spezifisch mit BPS.

„**Staying Connected when Emotions Run High**“ besteht aus vier Sitzungen und legt den Fokus auf eine Verbesserung des Wissens der Angehörigen und auf das Erlernen von Selbstfürsorge, Beruhigungsstrategien in Stresssituationen, Umgang mit Krisensituationen und Grenzen setzen. Eine Pilotstudie ergab, dass Angehörige, die an diesem Programm teilgenommen haben, ein verbessertes Wohlbefinden und eine höhere Lebensqualität sowie eine Reduktion in Belastung und Kummer aufwiesen. Zudem zeigten sich nach der Teilnahme verminderte Expressed-emotions-Raten innerhalb der Familie und ein stärkerer Familienzusammenhalt (Bailey, 2014; Bickerton et al., 2013).

Der „**Oxford Friends and Family Empowerment (OFAFE) Service**“ basiert auf einem kognitiv-behavioralen Ansatz und setzt den Fokus auf Psychoedukation, auf eine unterstützende Atmosphäre und auf den Erfahrungsaustausch unter den Angehörigen (Sanders & Pearce, 2010).

Mit nur einem deutschen Manual, genauer: nur einem Kapitel innerhalb eines Manuals für Patienten ist die Anzahl psychoedukativer Angebote für Angehörige von Patienten mit BPS in Deutschland denkbar gering. Beispielsweise existieren für Angehörige von schizophren Erkrankten sechs deutsche psychoedukative Familieninterventionen (Behrendt, 2004; Berger, Friedrich & Gunia, 2004; Berger & Gunia, 2019; Hahlweg et al., 2006; Kissling, Rummel-Kluge & Pitschel-Walz, 2003; Vauth, Bull & Schneider, 2009). Aktuell entwickeln Gunia und Kollegen (persönl. Mitteilung, 18.12.2018) im Rahmen des DBT-Netzwerkes in Darmstadt ein deutschsprachiges Manual für eine „Family-Skills“-Gruppe in Anlehnung an die Arbeit von Hoffman et al. (1999), welches Ende 2019 publiziert werden soll.

Da keine Anlaufstellen für Angehörige von Patienten mit BPS zur Teilnahme an einer Psychoedukationsgruppe nach dem vorliegenden Manual bekannt sind, reduziert sich das Hilfsangebot in Deutschland auf Trialogveranstaltungen, Selbsthilfebücher und Selbsthilfegruppen (vgl. Tabelle 4.5).

Den sogenannten Borderline-Trialog organisieren seit 2004 Betroffenen- und Selbsthilfeverbände nach dem Vorbild der trialogischen Psychose-Seminare, die bereits seit den 1990er-Jahren verbreitet sind (Bäumel & Pitschel-Walz, 2008; Pitschel-Walz et al., 2015). Gegenwärtig werden regelmäßig Borderline-Trialog-Veranstaltungen in 24 deutschen Städten angeboten (www.borderline-trialog.de; Stand: 03.02.2019). Die Treffen dauern zwei Stunden und werden üblicherweise in Serien von vier bis sechs Veranstaltungen

durchgeführt. Dabei werden kurze Vorträge zu trialogisch festgelegten Themen gehalten, um den Austausch unter den Teilnehmern anzustoßen (Pitschel-Walz et al., 2015). Der Verein Borderline Trialog Kassel e.V. bietet auch zwei spezielle Angehörigenprogramme an: einmal die Angehörigengruppe *ICH-DU-WIR*, in der es um die Gewinnung einer Haltung geht, die es einem gleichzeitig ermöglicht, in Verbindung mit dem Betroffenen zu bleiben und Grenzen zu setzen. Und einmal das *Trainingsprogramm für Mitbetroffene von BPS-Patienten*. Es handelt sich dabei um eine Psychoedukationsgruppe nach einem eigens entwickelten Konzept mit 8 Sitzungen, die vierzehntägig stattfinden (s. www.borderline-kassel.de).

Tabelle 4.5: Angebote für Angehörige von Patienten mit BPS in Deutschland

Angebot	Kurzbeschreibung
Borderline-Triolog (seit 2004)	Bei dem Borderline-Triolog kommen Betroffene, Angehörige und Fachleute zusammen, um auf Augenhöhe Erfahrungen und Wissen über die BPS auszutauschen (s. auch www.borderlinetialog.de).
Verein Borderline Trialog Kassel e.V.	Angehörigengruppe ICH-DU-WIR und Trainingsprogramm für Mitbetroffene von BPS-Patienten.
Selbsthilfebücher	Eine gute Übersicht zu vorhandenen Selbsthilfebüchern findet sich auf der Internetseite www.borderline-plattform.de oder auf Folie 18 von Rentrop et al. (2007). Einige Beispiele: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ratgeber Borderline-Störung: Informationen für Betroffene und Angehörige (Bohus & Reicherzer, 2012) ▪ L(i)eben mit Borderline – Ein Ratgeber für Angehörige (Rauchfleisch, 2015) ▪ Borderline-Störung: Betroffene verstehen (Jäger, 2014)
Selbsthilfegruppen	Die Recherche zur aktuellen Übersicht von Selbsthilfegruppen gestaltet sich schwierig. Es scheint nur wenige Angebote zu geben. Eine übersichtliche Veröffentlichung zu aktuellen Selbsthilfegruppen ist auf der Internetseite www.borderline-plattform.de geplant. Einige Beispiele für Selbsthilfegruppen sind: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Selbsthilfegruppe in Oldesloe (gefunden auf www.borderline-plattform.de; Stand 20.12.2018) ▪ Borderline-Angehörigen Selbsthilfegruppe München (gefunden auf www.bl-ang-muc.de; Stand 20.12.2018) ▪ eine Online-Selbsthilfegruppe (gefunden auf www.bordis-online.de; Stand 20.12.2018)
Gruppenangebot in Darmstadt nach dem „DBT Family Skills Training“ von Hoffman et al.(1999)	Im Rahmen des DBT-Netzwerkes wurde von professioneller Seite in Darmstadt dreimal eine „Family-Skills-Gruppe“ in Anlehnung an Hoffman et al. (1999) durchgeführt. Eine Gruppe fand als reine Angehörigengruppe statt und die beiden anderen Gruppen erfolgten im Mehrfamiliensetting. Eine Evaluation dieser Angebote sei momentan im Rahmen einer Masterarbeit in Bearbeitung. Ein deutsches Manual für eine „Family-Skills“-Gruppe ist ebenfalls in Bearbeitung und soll Ende 2019 veröffentlicht werden (persönl. Mitteilung Dipl.-Psych. Hans Gunia, 18.12.2018)

5. Evaluation psychotherapeutischer Interventionen

In der vorliegenden Studie wird ein psychoedukatives Gruppenmanual für Angehörige von Patienten mit BPS evaluiert. Für die korrekte Einstufung und Zuordnung der vorliegenden Arbeit soll im Folgenden auf die für diese Studie relevanten Aspekte der Evaluationsforschung eingegangen werden.

5.1. Definition von Evaluation(sforschung)

„As not everything can be done, there must be a basis for deciding which things are worth doing“ (Patton, 2008, S. 16). Dieser pragmatische Gedanke liegt im Prinzip der Evaluationsforschung seit den 1950er-Jahren zugrunde. So dient die Evaluation letztlich als Entscheidungshilfe, ob bestimmte therapeutische Maßnahmen weiter angewendet, verändert oder beendet werden sollen (Ditton, 2009).

Der Begriff „**Evaluation**“ ist in den letzten Jahren zu einem Modewort geworden und wird entsprechend der lateinischen Übersetzung als vermeintlich wohlklingendes Fremdwort für den Begriff „Bewertung“ eingesetzt (Kromrey, 2001; Spiel, Gradingner & Lüftenegger, 2010). Die wissenschaftliche Bedeutung von Evaluation geht jedoch deutlich über diese simple und unspezifische Auffassung hinaus. Sie unterscheidet sich von Alltagsevaluation vor allem darin, dass die Bewertung nicht willkürlich, sondern anhand explizit auf den Sachverhalt bezogener und präzise festgelegter Kriterien erfolgt (Stockmann, 2006). Jedoch hat sich die Wissenschaft auf keine einheitliche Begriffsbestimmung darüber geeinigt, was Evaluation bedeutet, umfasst und leisten soll. In der Literatur wird der Begriff Evaluation demnach unterschiedlich definiert. Fasst man die Kernaussagen verschiedener Definitionen zusammen, so bezeichnet Evaluation in der Psychotherapieforschung – kurz ausgedrückt – das Bewerten von therapeutischen Maßnahmen auf der Basis von Forschungsergebnissen in einem wissenschaftlichen Prozess durch Experten (vgl. Döring & Bortz, 2016; Kromrey, 2001).

Ziel der Evaluation ist es, das Verdienst, den Wert oder die Bedeutung einer Maßnahme zu erfassen (Scriven, 1991), um damit eine Entscheidungshilfe zu erhalten, ob diese Maßnahme weiter fortgeführt oder verändert werden soll (Ditton, 2009). Um solch eine Entscheidung fällen zu können, ist die Erhebung deskriptiver und bewertender Informationen notwendig (Goldstein & Ford, 2002). Dabei wird offengelassen, mit welcher Methodik oder Technik die Informationen zu erheben sind. Auch wenn Uneinigkeit darin besteht, inwieweit Evaluation durch wissenschaftliche Methoden zu erfolgen hat, plädiert in der Literatur die Mehrheit für einen klaren Forschungsbezug. Evaluationsstudien müs-

sen demnach gleiche methodische Standards erfüllen wie andere empirische Forschungsarbeiten (Döring & Bortz, 2016). So wurde der Begriff der Evaluationsforschung geprägt. In Anlehnung an Rossi und Freeman (1993) umfasst die **Evaluationsforschung** nach Bortz und Döring (2006, S. 96) „die systematische Anwendung empirischer Forschungsmethoden zur Bewertung des Konzeptes, des Untersuchungsplanes, der Implementierung und der Wirksamkeit sozialer Interventionsprogramme“. Somit geht es um die Bewertung von Interventionen unter expliziter Verwendung wissenschaftlicher Methoden und Techniken.

Da die Mehrheit der Autoren für eine Evaluation die Anwendung wissenschaftlicher Methoden fordert, werden in der Literatur die Begriffe wissenschaftliche Evaluation, Evaluation und Evaluationsforschung meist synonym verwendet (z. B. Döring & Bortz, 2016; Stockmann, 2006). Von dieser synonymen Begriffsverwendung wird auch in der vorliegenden Arbeit Gebrauch gemacht.

Evaluationsforschung ist stark zweckgebunden. So liegen der Evaluation einer (psychoedukativen) Maßnahme explizite Fragestellungen zugrunde, die darauf ausgerichtet sind, entweder die Wirksamkeit der Maßnahme und/oder ihre Wirkungsweise zu erfassen (Döring & Bortz, 2016). Dabei richtet sich das Vorgehen einer Evaluationsstudie nach dem aktuellen Forschungsstand, mit dessen Hilfe Designs und Methoden, die sich in anderen Forschungsarbeiten mit ähnlicher Thematik bewährt haben, ausgewählt und begründete Annahmen und Hypothesen über die zu evaluierende Maßnahme aufgestellt werden. Die Hypothesen werden anschließend durch die wissenschaftlichen Methoden der Evaluation überprüft und in den aktuellen Forschungsstand eingeordnet (ebd.).

5.2. Evaluationsvarianten

Es gibt verschiedene Arten von Evaluationen. Zu den gängigsten Einteilungen gehört die Unterscheidung zwischen Ergebnis- und Prozessevaluation sowie die von Scriven (1991) geprägte Differenzierung zwischen formativer und summativer Evaluation. Dabei erfolgt die Unterscheidung der Begriffspaare nach Niegemann et al. (2013) anhand zweier Dimensionen: dem *Zeitpunkt* und dem *Gegenstand* der Evaluation. Die Unterscheidung formative vs. summative Evaluation bezieht sich auf den Evaluationszeitpunkt, die Unterscheidung zwischen prozess- und ergebnisbezogener Evaluation auf den Evaluationsgegenstand (ebd.).

So erfolgt die summative Evaluation *nach* dem Abschluss einer Intervention, die formative Evaluation *während* einer Intervention, und Prozessevaluation bezieht sich auf den *Prozess* der Intervention und Ergebnisevaluation auf das *Ergebnis* der Intervention.

Die **summative Evaluation** wird *nach* der Entwicklung und Fertigstellung eines Programms angewendet und bezieht sich auf die Ergebnisse einer Intervention (Scriven,

1991). Sie dient einer Art Bilanzierung der Maßnahme und ist Entscheidungsgrundlage für die Fortführung oder Beendigung eines Programms (Döring & Bortz, 2016). Dabei kann sich die Bilanzierung sowohl auf die Durchführung (z. B. Nähe zum Manual, Qualität der Durchführung, Abbrecherquoten) als auch auf die Wirksamkeit der Intervention (z. B. bei Programmteilnehmern erzielte Veränderungen) beziehen (Kotte, 2017). Für die summative Evaluation spielen v. a. quantitative Methoden eine wichtige Rolle (Döring & Bortz, 2016).

Die **formative Evaluation** wird *während* einer Intervention angewendet und es geht in erster Linie darum, den Prozess zu beschreiben und die Veränderungen über die Zeit festzuhalten. Sie dient der Optimierung und Modifikation einer bestimmten Maßnahme (Flick, 2009) und liefert über prozessbegleitendes Feedback regelmäßig Zwischenergebnisse, um die Implementierung (z. B. Durchführbarkeit, Akzeptanz) der Maßnahme zu erfassen und ihre unmittelbaren Wirkungen fortlaufend zu kontrollieren. So können gegebenenfalls Veränderungen und Korrekturen an der Intervention vorgenommen werden (Döring & Bortz, 2016). Das Ziel der formativen Evaluation besteht letztlich darin, durch die während des Programms gesammelten Erkenntnisse die zu evaluierende Maßnahme so zu verändern, dass die relevanten Ziele (z. B. Wissenserwerb, Entlastung) bestmöglich erreicht werden können (ebd.).

Scriven selbst unterscheidet summative und formative Evaluation v. a. anhand der *Rolle* der Evaluation: Die summative Evaluation soll bei der Entscheidung helfen, ob ein Programm einem anderen überlegen ist und die Ergebnisse dienen einem besseren Verständnis zur optimierten Verwendung des Programms. Die formative Evaluation dient der Verbesserung eines Programms (Scriven, 1972). Scriven verdeutlicht die Unterscheidung zwischen summativer und formativer Evaluation unter Rückgriff auf Robert Stake wie folgt: „The distinction between formative and summative evaluation has been well summed up by Bob Stake: ‘When the cook tastes the soup, that’s formative; when the guests taste the soup, that’s summative’” (Scriven, 1991, S. 169).

Ähnlich wie Scriven unterscheiden Döring und Bortz (2016) die summative und die formative Evaluation anhand der *Funktion* der Evaluation: Die summative Evaluation hat eine Kontroll- und Legitimationsfunktion und lässt anhand der Ergebnisse Rückschlüsse über den Nutzen und/oder die Wirksamkeit einer Intervention zu (Döring & Bortz, 2016). Die Ergebnisse dienen damit als Entscheidungshilfe – für oder gegen eine Intervention. Die formative Evaluation hat eine Optimierungsfunktion und soll helfen, eine Maßnahme zu verbessern (ebd.).

Es zeigt sich, dass die oben genannten Begriffe in der Literatur unterschiedlich definiert werden – was eine einheitliche Einteilung von Evaluationsstudien erschwert.

Die **Ergebnisevaluation** (engl. Outcome-Forschung) ist eng verwandt mit der von Scriven (1991) eingeführten summativen Evaluation, denn es geht darum, die prinzipielle *Wirkung* oder *Wirksamkeit* einer Intervention zu überprüfen (Döring & Bortz, 2016). Ziel ist herauszufinden, ob die Intervention die gewünschte Veränderung hervorbringt oder nicht. Damit dient sie als Entscheidungsgrundlage, um die Fortführung oder Beendigung einer Maßnahme zu rechtfertigen oder die Überlegenheit gegenüber Konkurrenzprogrammen zu begründen (Kauffeld, 2010). Die Beurteilung der Wirkung eines Programms lässt nur Aussagen darüber zu, *ob* das Programm nützlich ist oder nicht, aber nicht darüber, welche Bestandteile der Maßnahme zum Ergebnis beigetragen oder es verhindert haben (Kauffeld, 2010; Kotte, 2017). Im Fokus steht also das Ergebnis (outcome) einer Untersuchung. Eine ergebnisorientierte Evaluation kann sowohl *summativ* (Ergebnisperspektive) als auch *formativ* (Verlaufsperspektive) erfolgen (Döring & Bortz, 2016). Die Ergebnisevaluation ist aus zwei Gründen wichtig: Zum einen müssen neu entwickelte Interventionen oder Verfahren regelmäßig überprüft werden, um auf dieser Grundlage weiterarbeiten oder nötige Veränderungen vornehmen zu können. Zum anderen dient sie der Optimierung der Versorgungsstrukturen, indem auf wissenschaftlicher Grundlage Entscheidungshilfen dazu bereitgestellt werden, welche Patienten bei welchen Problemen am besten welche Behandlung erhalten sollten (Jacobi, 2011).

Die Ergebnisforschung kann unterschieden werden in *Efficacy*-Studien (Wirksamkeit von Psychotherapie unter Idealbedingungen) und *Effectiveness*-Studien (Wirksamkeit von Psychotherapie unter Realbedingungen) (Pomerantz, 2008; Vetere, 2018). *Efficacy*-Studien erfolgen meist als randomisiert-kontrollierte Studien (RCT) mit dem Ziel einer möglichst hohen internen Validität. *Effectiveness*-Studien erfolgen unter natürlichen Bedingungen als quasi-experimentelle Studien ohne Randomisierung mit dem Ziel möglichst hoher externer Validität und Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf andere Therapeuten, Patienten und klinische Settings (vgl. Hager, 1998; Vetere, 2018). Häufig wird auch die *efficiency*, also die Effizienz eines Verfahrens, untersucht. Dabei steht die Wirtschaftlichkeit im Vordergrund und geht es um die Frage, ob sich der Nutzen einer Maßnahme in Relation zu den Kosten lohnt (Hager, 1998).

Die **Prozessevaluation** ist eng verwandt mit der von Scriven (1991) eingeführten formativen Evaluation, denn sie zielt darauf ab, die *Wirkungsweise* einer Intervention zu identifizieren. Dabei wird der Prozess einer Intervention untersucht und bewertet, und zwar um herauszufinden, welche Einflussfaktoren für die erzielten und nicht erzielten Ergebnisse der Interventionen verantwortlich sind (Jacobi, 2011; Nestoriuc, Berking & Rief, 2012). Gegebenenfalls können mit den gewonnenen Erkenntnissen über die Einfluss-

faktoren Korrekturen und Veränderungen bei künftigen Programmplanungen vorgenommen werden (Kotte, 2017). Die Prozessevaluation ist vor allem Grundlage für die Neubzw. Weiterentwicklung von Interventionen (Jacobi, 2011).

Letztlich ist mit den oben genannten Begriffspaaren etwas sehr Ähnliches gemeint, weshalb in der Literatur häufig formative Evaluation mit Prozessevaluation und summative Evaluation mit Ergebnisevaluation gleichgesetzt und synonym verwendet wird (z. B. Bachmann, Sattel & Voderholzer, 2007; Greif, 2008; Stockmann, 2006). Streng genommen verschwimmt dabei aber die Differenzierung zwischen dem Zeitpunkt und dem Gegenstand der Evaluation (Kotte, 2017). Einer synonymen Begriffsverwendung widerspricht auch die Tatsache, dass sowohl eine Prozessevaluation als auch eine Ergebnisevaluation summativ *und* formativ erfolgen kann (Döring & Bortz, 2016). Bei einer Ergebnisevaluation ist nach Döring und Bortz (2016, S. 1032) beispielsweise eine mögliche summative Fragestellungen „Werden die Ziele des Programms erreicht (Effektivität) und wenn ja, wie hoch ist der damit verbundene Aufwand (Effizienz)?“ und eine mögliche formative Fragestellung „Wie lassen sich Effektivität und Effizienz eines Programms zukünftig steigern?“.

5.3. Evaluationsphasen

In der Pharmaforschung gibt es für Evaluationsstudien einen „Goldstandard“: doppelblinde, placebo-kontrollierte, randomisierte Studien (RCT). Dabei wissen weder Behandler noch Patient, ob der Patient mit dem zu testenden Wirkstoff oder einem Placebo behandelt wird (doppelblind); die Patienten werden per Zufall (randomisiert) einer von mehreren Behandlungsmöglichkeiten zugeteilt und den verabreichten Medikamenten ist nicht anzusehen, ob sie den Wirkstoff enthalten oder nicht (placebo-kontrolliert) (Nestoriuc et al., 2012).

Eine solche Doppelverblindung ist in der Psychotherapieforschung in der Regel nicht umsetzbar, da der Therapeut wissen muss, welche Therapie er anwendet. Dagegen kommen in der Psychotherapieforschung in Abhängigkeit vom Entwicklungsstand einer Intervention unterschiedliche Verfahren zum Einsatz (ebd.). So hängt die Auswahl des Studiendesigns der Evaluationsstudie (neben der klinischen Fragestellung) von der Phase ab, in der sich die neue Therapiemethode befindet (vgl. Tabelle 5.1). In Analogie zur Pharmaprüfung werden die folgenden vier idealtypischen Phasen der Psychotherapieprüfung unterschieden (vgl. Buchkremer & Klingberg, 2001; Jacobi, 2011; Nestoriuc et al., 2012):

- **Phase-I-Studien** beschäftigen sich mit der Entwicklung von Psychotherapiekonzepten. Sie orientieren sich an klinischen Erfahrungen und bereits vorliegenden störungsspezifischen oder allgemeinen Befunden. Die Therapiemethode, die entwickelt wird, stützt sich auf eine eindeutige Theorie und muss hinsichtlich expliziter Regeln beschreibbar sein (z. B. anhand eines Anwendungsmanuals zu konkreten Interventionen). In diese Phase fallen auch Untersuchungen zur Verträglichkeit und Akzeptanz eines Verfahrens.
- **Phase-II-Studien** sind Prä-post-Studien (ohne Kontrollgruppe) zur Exploration des Haupteffekts einer Intervention. Die Methodik ist in dieser Phase noch nicht streng experimentell kontrolliert und folgt den im Einzelfall angemessenen Erfordernissen für Plausibilitätsprüfungen und der Exploration potenzieller Nebenwirkungen.
- **Phase-III-Studien** befassen sich mit der eigentlichen Wirksamkeitsprüfung eines Verfahrens und sollen belegen, ob dieses Verfahren wirksam ist oder nicht. Die Studien laufen unter streng experimentellen Bedingungen ab (randomisierte, kontrollierte Studien, RCTs). Dies bedeutet: Es gibt eine Kontrollgruppe, die das zu prüfende Verfahren nicht erhält und die Teilnehmer werden zufällig (randomisiert) den beiden Gruppen zugeteilt. Man nennt diese Studien auch „**efficacy studies**“.
- **Phase-IV-Studien** kontrollieren die klinische Nützlichkeit bzw. Effektivität eines Therapieverfahrens mit meist erheblich größeren Fallzahlen im natürlichen Setting. Die strengen experimentellen Bedingungen der Phase III werden hier wieder etwas gelockert. Diese Studien werden auch als „**effectiveness studies**“ bezeichnet.

Die wichtigste Phase ist die Phase III mit den RCTs, denn diese lassen weitreichende Rückschlüsse auf die Effektivität eines Therapieverfahrens zu (vgl. Jacobi, 2011; Nestoriuc et al., 2012).

Tabelle 5.1: *Phasen der Psychotherapieprüfung in Analogie zur Pharmaprüfung (mod. nach Buchkremer & Klingberg, 2001; Jacobi, 2011)*

Phase	Inhaltlicher Schwerpunkt	Art der Studien
Phase I	Konzeptentwicklung	Explizierung theoretischer Annahmen Analogstudien Kasuistiken Manualentwicklung
Phase II	Exploration mit (nicht kontrollierten) Pilot-Studien	Verlaufsbeschreibende Einzelfallstudien Prä-post-Analysen in verschiedenen Populationen Offene Studien Durchführbarkeitsstudien Prozess-Outcome-Studien
Phase III	Wirksamkeitsprüfung	Wirksamkeitsstudien („randomized controlled trials, RCT“) Experimentelle Einzelfallstudien Randomisierte Effektivitätsstudien
Phase IV	Anwendung unter Routinebedingungen, klinische Nützlichkeit	Nicht randomisierte Effektivitätsstudien Erweiterte Einschlusskriterien Zunehmend naturalistische Bedingungen Anwendungsbeobachtungen

5.4. Evaluation psychoedukativer Interventionen

Die Evaluation psychoedukativer Maßnahmen hat zwei Ziele: Sie dient der Qualitätskontrolle und der Verbesserung der Intervention (Behrendt & Pitschel-Walz, 2008). Behrendt & Pitschel-Walz (2008) empfehlen, bei jeder psychoedukativen Intervention routinemäßig eine *Basisevaluation* durchzuführen, die bei Bedarf für wissenschaftliche Zwecke in Abhängigkeit von der zu prüfenden Fragestellung um eine *erweiterte Evaluation* ergänzt werden kann. Gemäß den Vorgaben von Behrendt & Pitschel-Walz (2008) eignet sich zur Basisevaluation der Einsatz soziodemografischer, Erwartungs-, Wissens- und Feedbackfragebögen. In Bezug auf psychoedukative Patientengruppen empfehlen sie zusätzlich den Einsatz von Fragebögen zu Erfassung der Medikamenten-Compliance.

5.5. Einordnung der vorliegenden Studie

Neben der Überprüfung der Wirksamkeit und Akzeptanz des vorliegenden Manuals ist es ein Ziel dieser Pilotstudie, Erkenntnisse für eine mögliche Verbesserung des Manuals zu gewinnen. Damit eine Evaluationsstudie die Optimierungsfunktion erfüllt, müssen sehr konkrete und detaillierte Verbesserungsvorschläge erarbeitet werden und diese fortlaufend (formative Evaluation) oder am Ende gebündelt (summative Evaluation) an den Durchführenden zurückgemeldet werden (Döring & Bortz, 2016).

Die vorliegende Studie umfasst eine summative und eine formative Evaluation. Mithilfe der **summativen Evaluation** wurde untersucht, ob die Angehörigen nach der Teilnahme an der psychoedukativen Gruppe mehr Wissen bezüglich der BPS, eine höhere Lebensqualität und eine reduzierte Belastung aufweisen. Diese Fragestellungen sind **ergebnisorientiert**. Darüber hinaus wurde mit dem Feedbackfragebogen, den die Angehörigen am Ende des Gruppendurchlaufs ausfüllen, bilanzierend analysiert, wie die Angehörigen das Gruppenprogramm subjektiv bewerten und ob sich bestimmte Veränderungen (z. B. in Bezug auf die Einstellung gegenüber dem Betroffenen) ergeben haben. Demnach erfolgte die summative Evaluation des Feedbackfragebogens **prozessorientiert** (z. B. welche Themen den Angehörigen besonders wichtig waren, wie sie die Atmosphäre in der Gruppe beurteilten, wie sie die Dauer der Treffen einschätzen) **und ergebnisorientiert** (z. B. ob sie sich durch die Teilnahme entlastet fühlen, wie gut sie sich informiert fühlen). Mittels bivariater Korrelationen wird zudem explorativ untersucht, ob zwischen bestimmten Effekten und Variablen Zusammenhänge bestehen. Die explorativen Fragestellungen sind **ergebnisorientiert** und erfolgen am Ende der Gruppensitzungen – sie sind demnach der summativen Evaluation zuzuordnen.

Die **formative Evaluation** erfolgte **prozessbezogen**: Mittels der Stundenbögen wurden nach jeder Gruppensitzung Rückmeldungen der Teilnehmer und der Gruppenleiter bezüglich der therapeutischen Wirkfaktoren von Gruppentherapien eingeholt. Ziel war es, anhand der Zwischenergebnisse Erkenntnisse über die Akzeptanz der einzelnen Sitzungen zu erhalten, um damit einen möglichen Veränderungsbedarf bei der Konzeption des Manuals zu identifizieren und es gegebenenfalls optimieren zu können. Um die Gruppenbedingungen konstant zu halten, erfolgte die Auswertung der Stundenbögen erst am Ende der praktischen Durchführung der Gruppen und nicht nach jeder Sitzung.

Somit umfasst das vorliegende Evaluationsdesign sowohl Prä-post-Messungen als auch eine kontinuierliche, durchführungsbegleitende Datenerhebung.

Bis auf den Einsatz eines Erwartungsfragebogens wurde die **Basisevaluation** nach Behrendt und Pitschel-Walz (2008) in dieser Studie umgesetzt. Im Sinne einer **erweiterten Evaluation** wurden das Belastungserleben und die Lebensqualität der Angehörigen erhoben; ferner wurden mithilfe der Stundenbögen Rückmeldungen zu jeder einzelnen Sitzung eingeholt, um einen möglichen Veränderungsbedarf im Manuals zu erfassen.

Die Forschungsfragen der summativen Evaluation orientieren sich an der verfügbaren Literatur zu Angehörigen von Patienten mit BPS und zu Angehörigen von Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (Behrendt & Pitschel-Walz, 2008; Hoffman et al., 2005; Pearce et al., 2017; Pitschel-Walz et al., 2016, 2001). Die Forschungsfragen der

formativen Evaluation sind angelehnt an die Arbeit von Zoubek (2013) zur Evaluation einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie.

Zu dem zugrunde liegenden Gruppenprogramm liegen bisher keine empirischen Untersuchungen vor. Auch wurde es nach Kenntnisstand der Gruppenleiter bisher noch nie in die klinische Praxis umgesetzt. Somit dient die vorliegende, **nicht kontrollierte Pilotstudie** zunächst der Exploration der Haupteffekte und der Akzeptanz des Programms. Sie kann der **zweiten Phase der Psychotherapieprüfung** zugeordnet werden.

Es handelt sich zwar um keine randomisiert kontrollierte Studie, dennoch fand sie unter kontrollierten Bedingungen statt und es wurden beispielsweise Ein- und Ausschlusskriterien überprüft. Sie gilt daher als **Efficacy-Studie**.

6. Das psychoedukative Gruppenprogramm

Die vorliegende Studie evaluiert das psychoedukative Gruppenprogramm „Psychoedukation Borderline-Störung. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen“ von Rentrop, Reicherzer und Bäuml (2007). Das Manual ist überwiegend auf die Zielgruppe *Patienten* ausgerichtet, enthält am Ende jedoch ein kurzes Kapitel für *Angehörige* von Patienten mit BPS. Die Psychoedukation für Angehörige ist im Manual in ein dreiphasiges Therapiekonzept eingebettet (Einigungsphase, Psychoedukation, Selbsthilfegruppe). Für die vorliegende Studie wurde der Psychoedukationsteil isoliert als eigenständiger Therapiebaustein herausgegriffen.

Die Inhalte der Sitzungen für Angehörige sind in Sitzung 1–5 weitgehend deckungsgleich mit denjenigen der Psychoedukation für Patienten. Im Manual wird lediglich auf diese Sitzungen verwiesen; eine erneute Beschreibung konkret für die Zielgruppe der Angehörigen gibt es nicht. Es obliegt demnach dem durchführenden Gruppenleiter, die ausführlich beschriebenen Sitzungen für die Patienten an die Zielgruppe der Angehörigen anzupassen. Die andere Hälfte der Sitzungen ist speziell auf die Bedürfnisse von Angehörigen zugeschnitten. Diese Sitzungen werden im Manual im Kapitel für Angehörige (S. 125–134) beschrieben – jedoch nur knapp. Deshalb wurden in Sitzung 7 und Sitzung 9 kleine Ergänzungen aus dem bewährten Gruppenprogramm „Family Connections“ von Fruzzetti et al. (2004) vorgenommen. Die minimalen Ergänzungen wurden zur Markierung punktiert unterstrichen.

Sitzung 6 (Fördern einer dialektischen, nicht wertenden Grundhaltung) ist im Manual nicht näher beschrieben. Die Inhalte dieser Sitzung wurden von der Autorin dieser Arbeit unter Mitarbeit von Dr. Michael Rentrop und Doris Fuchs (der beiden weiteren Gruppentherapeuten) ausgearbeitet.

Die im Manual vorgesehene Sitzungsstruktur wurde leicht modifiziert und den Bedürfnissen dieser Pilotstudie angepasst. So wurde aufgrund der Sensibilität des Themas für angehörige Eltern von Patienten mit BPS die biosoziale Entstehungstheorie nicht wie im Manual in der ersten Sitzung erarbeitet, sondern entsprechend dem Manual für *Patienten* erst in der zweiten psychoedukativen Sitzung (entspricht Sitzung 3 in der Sitzungsstruktur). Somit handelt es sich lediglich um eine formale Änderung; inhaltlich wurde nach Manual gearbeitet. Eine Übersicht über die Gruppenstruktur, wie sie in der vorliegenden Studie Anwendung fand, zeigt Tabelle 6.1.

Tabelle 6.1: Übersicht über die Sitzungsstruktur und die Themenschwerpunkte

Sitzung	Inhalt
1	Ausfüllen der Fragebögen Kennenlernen, Klärung der Erwartungen und offenen Fragen Einführung in das Konzept der Achtsamkeit
2	Krankheitsbegriff Charakteristische Symptome vor dem Hintergrund der emotionalen Dysregulation
3	Biosoziale Entstehungstheorie Krankheitsverlauf
4	Komorbiditäten Behandlungsmöglichkeiten (Medikation)
5	Behandlungsmöglichkeiten (Psychotherapie)
6	Fördern einer dialektischen, nicht wertenden Grundhaltung
7	Grundlegende Fertigkeiten im Umgang mit der Störung
8	Kommunikationsfertigkeiten
9	Umgang mit Krisen (Hilfe zur Selbsthilfe) unter Berücksichtigung der eigenen persönlichen Grenzen und Zuständigkeiten, Notfallplan
10	Ausfüllen der Fragebögen, Offene Fragen, Feedback

6.1. Durchführung und Aufbau der Gruppensitzungen

Im Folgenden wird näher beschrieben, unter welchen Rahmenbedingungen die Gruppe durchgeführt wurde und wie jede der 10 Gruppensitzungen aufgebaut war.

- Gruppenleitung

Als Leitung psychoedukativer Gruppen sind Psychologen oder Ärzte vorgesehen; als Co-Therapeuten kommen prinzipiell auch alle anderen in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen infrage, wie beispielsweise das Pflegepersonal oder Sozialpädagogen (Pitschel-Walz et al., 2018). In vorliegender Pilotstudie wurde die psychoedukative Angehörigengruppe von mindestens zwei der folgenden Personen geleitet: Oberarzt, Diplom-Psychologin und Pflegeleitung (mit Zertifikat als DBT-Therapeutin für Pflegeberufe).

- Geschlossene Gruppe

Die Angehörigengruppen wurden als geschlossene Gruppen durchgeführt, sodass nach dem Gruppenstart keine neuen Teilnehmer aufgenommen wurden.

- Gruppengröße

Die Größe von psychoedukativen Angehörigengruppen sollte sich auf 12 bis 14 Teilnehmer beschränken (Borbé et al., 2017). In vorliegender Studie wurde die Gruppengröße auf maximal 12 Teilnehmer festgelegt, um eine gute Arbeitsatmosphäre in der Gruppe zu gewährleisten. Insgesamt erfolgten drei Gruppendurchläufe mit jeweils einer Gruppengröße von 10, 11 und 12 Teilnehmern.

- Gruppensetting

Die drei Angehörigengruppen fanden im Konferenzraum der *Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Klinikum rechts der Isar* statt. Zur Förderung der Interaktion und Gruppenkohäsion wurde im Stuhlkreis gearbeitet.

- Anzahl und Dauer der Treffen

Entsprechend den zu behandelnden Gruppenthemen bestand jeder Gruppendurchlauf aus zehn Treffen. Die Gruppensitzungen fanden wöchentlich mit einer Dauer von 90 Minuten statt. Dementsprechend erstreckte sich ein Gruppendurchlauf über zehn Wochen.

- Aufbau einer Sitzung

Über den Ablauf der einzelnen Gruppentreffen werden im Manual in dem Teil für Angehörige keine konkreten Angaben gemacht. Somit wurde sich an den Angaben für die Psychoedukationsgruppe für Patienten orientiert. Es wurde darauf geachtet, den Ablauf jeder Sitzung immer gleich zu halten – nicht nur, damit sich möglichst schnell Vertrautheit und Sicherheit bei den Angehörigen einstellen, sondern auch, um die experimentellen Bedingungen für diese Studie konstant zu halten. Jede Gruppensitzung war nach folgendem Schema aufgebaut:

Begrüßung:

In jeder Gruppensitzung wurden die Angehörigen freundlich begrüßt.

Achtsamkeitsübung:

Angelehnt an den Vorschlag im Manual für die Psychoedukationsgruppe für Patienten wurde zu Beginn jeder Sitzung mit den Angehörigen eine Achtsamkeitsübung aus dem Buch „Achtsamkeit. Ein Meditationshandbuch für Therapeuten und Klienten“ von Alois Burkhard (2006) durchgeführt. Eine kurze Einführung in das Konzept der Achtsamkeit erfolgte in Sitzung 1. Jede Achtsamkeitsübung wurde mit einem Schlag der Klangschale

begonnen und beendet. Die Auswahl der Achtsamkeitsübungen erfolgte nicht willkürlich, sondern wurde im Vorfeld für alle 10 Sitzungen festgelegt und in den drei Gruppendurchläufen konstant gehalten. Welche Achtsamkeitsübung in der jeweiligen Sitzung durchgeführt wurde, ist der entsprechenden Sitzungsbeschreibung zu entnehmen.

Knappe Zusammenfassung des Themas der letzten Sitzung:

Die Wiederholung erfolgte interaktiv gemeinsam mit den Angehörigen und bot so die Möglichkeit, den Wissensstand der Angehörigen zu überprüfen, Fehler zu korrigieren und offene Fragen zu beantworten.

Besprechung der Hausaufgabe der letzten Sitzung (optional):

Nicht in jeder Sitzung bot es sich an, Hausaufgaben zu stellen. Insbesondere aber die spezifischen Angehörigenthemen in der zweiten Hälfte des Gruppenprogramms eigneten sich dafür. Grundsätzlich erfolgte die Erledigung der Hausaufgaben auf freiwilliger Basis. Die Angehörigen wurden ermutigt, in der Gruppe von ihren Erfahrungen zu berichten. Positive Erfolge wurden gebührend gewürdigt, Misserfolge relativiert und nach dem Motto „Schön, dass Sie es versucht haben! Welcher Aspekt ist Ihnen dennoch gut gelungen? Veränderungen brauchen Zeit. Bleiben Sie geduldig dran!“ korrigiert.

Festlegung des Protokollführers:

Bevor mit der Erarbeitung des jeweiligen Sitzungsthemas begonnen wurde, meldete sich eine Person freiwillig, um das Protokoll zu dieser Sitzung zu erstellen. Dieses wurde im Laufe der Woche per E-Mail an die Autorin dieser Arbeit gesendet, die es für alle ausgedruckt zur nächsten Sitzung mitbrachte.

Hauptteil mit Informationsvermittlung:

Das eigentliche Thema wurde immer gemeinsam mit den Angehörigen interaktiv erarbeitet. Es gab stets eine einleitende Frage, die die Gruppe zur Diskussion über das jeweilige Thema anregte. Die Angehörigen wurden ermutigt, eigene Erfahrungen, Beispiele und Fragen einzubringen. Der Gruppenleiter hatte die Aufgabe, die Inhalte zu strukturieren und am Flip-Chart festzuhalten.

Besprechung der Hausaufgabe (optional):

Eignete sich das Thema der Gruppenstunde dafür, wurde im Anschluss an den Hauptteil eine Hausaufgabe vergeben, um das Gelernte in der Zeit zwischen den Sitzungen umzusetzen und zu üben.

Abschlussrunde:

Die Abschlussrunde bestand aus einem Blitzlicht der Teilnehmer, in dem jeder Angehörige noch einmal kurz zusammenfasste, was ihm in der Stunde wichtig war und was er Neues gelernt hat.

Verabschiedung:

Am Ende der Gruppensitzungen wurde sich für die Teilnahme und die aktive Mitarbeit der Angehörigen bedankt. Nach einem kurzen Ausblick auf den Inhalt der nächsten Sitzung wurden die Teilnehmer verabschiedet und die Sitzung wurde beendet.

Stundenbögen:

Ab dem zweiten Gruppendurchlauf wurden am Ende der Sitzung die Stundenbögen verteilt und von den Angehörigen und Gruppenleitern ausgefüllt.

6.2. Beschreibung der Sitzungen

Im folgenden Abschnitt werden die zehn Gruppensitzungen dieser Studie dargestellt. Die Gruppensitzungen wurden im Manual unterschiedlich differenziert beschrieben. Eine ausführliche Beschreibung der Gruppensitzungen, die im Manual detailliert dargestellt sind, erschien redundant und erfolgt im Folgenden nur kurz. Einzelheiten zu diesen Sitzungen sind dem Manual zu entnehmen. Gruppensitzungen, die im Manual nur knapp beschrieben werden und durch neue Inhalte ergänzt wurden, werden detaillierter vorgestellt. Sitzung 6 ist im Manual zwar vorgesehen, jedoch wird sie dort nicht beschrieben. Sie wurde von den Gruppenleitern dieser Studie neu entworfen und wird im folgenden Kapitel ausführlich erläutert.

Für eine gute Lesbarkeit und Übersichtlichkeit wurden Ergänzungen zum Manual nicht extra angeführt, sondern sind im Fließtext punktiert unterstrichen. Dies betrifft Ergänzungen aus dem *Family-Connections*-Programm von Fruzzetti und Hoffman (2004), Ergänzungen durch die Autorin und die gesamte sechste Gruppenstunde.

6.2.1. Sitzung 1: Fragebögen, Kennenlernen, Achtsamkeit

- S. 44–48 im Manual.
- Achtsamkeitsübung „Fünf Sinne“ S. 26

Nach einer Begrüßung und Vorstellung der Gruppenleiter füllen die Angehörigen in der Eröffnungssitzung zunächst den Eingangsfragebogen, den Wissensfragebogen, den IEQ-EU und den WHOQOL-BREF aus (vgl. Kapitel 8.3.1). Dies beansprucht etwa 45–50 Minuten. In der zweiten Hälfte der Sitzung stellen sich die Angehörigen gegenseitig

vor und es kommt zur Klärung von offenen Fragen und Erwartungen. Nach der Vorstellungsrunde gehen die Gruppenleiter kurz auf die organisatorischen Rahmenbedingungen der Gruppe ein und stellen die Gruppenregeln (s. Manual S. 27) auf.

In Anlehnung an den Vorschlag aus dem Manual der Psychoedukationsgruppe für Patienten wurden anschließend die Angehörigen in das Konzept der Achtsamkeit eingeführt (s. Manual S. 36–38). Auch Sendera & Sendera (2016) betonen den Nutzen von Achtsamkeit in Angehörigengruppen, und zwar nicht nur, um Betroffene besser unterstützen zu können, sondern auch für die eigene Befindlichkeit und Ausgeglichenheit der Angehörigen. Die theoretischen Ausführungen zur Achtsamkeit werden am Flip-Chart festgehalten. Im Anschluss an die theoretische Einführung wurde mit den Angehörigen die erste Achtsamkeitsübung durchgeführt.

Ein beispielhaftes Flip-Chart findet sich im Anhang C 1.

6.2.2. Sitzung 2: Krankheitsbegriff und Symptomatik

- S. 48–60 im Manual
- Achtsamkeitsübung „Der Ort der Geborgenheit“ S. 41–42

Zunächst geht es um eine Sammlung aller bisher von Ärzten und Therapeuten mitgeteilten Krankheitsbezeichnungen, beispielsweise über die Frage *„Heute soll es zunächst um die Krankheitsbezeichnung gehen. Was hat man Ihnen denn gesagt, wie die Diagnose Ihres Betroffenen lautet?“* Aufgabe des Gruppenleiters ist es, alle genannten Diagnosen sinnvoll auf dem Flip-Chart anzuordnen. Üblicherweise werden hier praktisch alle relevanten Störungsbilder der psychiatrischen Krankheitslehre genannt. Anschließend kommt es zur Informationsvermittlung und zur Definition eines gemeinsamen Krankheitsbegriff: *emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ* (ICD-10) oder *Borderline-Persönlichkeitsstörung* (DSM-5). In Bezug auf die Symptomatik kann der Gruppenleiter fragen: *„Was ist Ihnen aufgefallen? Welche Verhaltensweisen Ihres Angehörigen halten Sie für störungsbedingt?“* Die Symptome/Krankheitszeichen werden am Flip-Chart gesammelt, bevor der Gruppenleiter fehlende Symptome ergänzt und Informationen zu den einzelnen Symptomen bereitstellt.

Vorsicht: Betroffene sind nicht schuld an ihren Symptomen, tragen aber Verantwortung für den Umgang damit.

Ein beispielhaftes Flip-Chart findet sich im Anhang C 2.

Besonderheiten

Der Umstand, dass bei der Diagnosesammlung nahezu alle psychiatrischen Krankheitsbilder genannt werden, kann dafür genutzt werden, den Angehörigen die Schwierigkeit der Diagnosestellung und die Heterogenität der Symptomatik aufzuzeigen.

Der Begriff der *Persönlichkeitsstörung* kann als Beleidigung oder „Charakterschwäche“ aufgefasst werden. Es ist wichtig, ihn zu erklären und zu relativieren und den Vorurteilen der Teilnehmer zu begegnen. Gleichzeitig ist darauf zu achten, dass das Ausmaß der Störung deutlich gemacht wird – es darf nicht der Eindruck entstehen, es handle sich bei der BPS um ein „kleineres psychisches Problem“.

6.2.3. Sitzung 3: Biosoziales Ursachenmodell und Krankheitsverlauf

- S. 61–67 im Manual
- Achtsamkeitsübung „Sorgen loslassen“ S. 44

In dieser Sitzung wird den Angehörigen das Biosoziale Ursachenmodell nach Linehan nähergebracht. Erklärt wird, dass nach diesem Modell eine Emotionsregulationsstörung bei den Betroffenen im Mittelpunkt steht. Dieses Defizit allein hat für sich betrachtet noch keinen Krankheitswert. Erst in Kombination mit dem sogenannten „invalidierenden Umfeld“ entsteht die Erkrankung. Invalidierendes Umfeld bedeutet, dass Gefühle und persönliche Aussagen nicht als stimmige Selbstbeschreibung akzeptiert werden. Dies kann ein liebloses, unberechenbares oder gefühlsarmes Umfeld bedeuten. Die Folge davon sind tiefe Verunsicherung über die eigene Befindlichkeit und Zweifel an der Berechtigung der eigenen Gefühle bei den Betroffenen. Als Konsequenz werden Gefühle gar nicht mehr benannt oder gezeigt. Es beginnt ein Teufelskreis in die Entfremdung von der eigenen Person. Auf lange Sicht kommt den Betroffenen der normale Kontakt zur eigenen emotionalen Welt abhanden, Gefühle werden diffus als Anspannung wahrgenommen, ihre Ursachen bleiben unklar. Eine Regulation der Situation aus eigener Kraft ist nicht mehr möglich.

Zum Ende wird noch kurz auf den Krankheitsverlauf eingegangen.

Ein beispielhaftes Flip-Chart findet sich im Anhang C 3.

Besonderheiten

Für viele Angehörige ist die Frage nach der Ursache der Störung ein sensibles Thema. Häufig sind sie konfrontiert mit eigenen Schuldzuweisungen und der Frage, ob sie die Störung durch eigenes Fehlverhalten (beispielsweise durch Invalidierung) ausgelöst haben. Helfen kann die Betonung, dass zwar Umgebungsfaktoren eine Rolle spielen können, aber dass nach heutigem Verständnis ein Zusammenspiel vieler verschiedener

Faktoren maßgeblich ist (vgl. Kapitel 3.8). Auch ist festzuhalten, dass es sich bei dieser invalidierenden Umwelt um kein schuldhaft falsch verhaltendes Elternhaus handeln muss. „Schuldhaft“ kommen jedoch häufig traumatische Erfahrungen im Leben der Betroffenen hinzu. Es ist jedoch herauszuarbeiten, dass für die Entstehung der BPS kein Trauma in der Biografie der Betroffenen vorliegen muss, man kann auch ohne Trauma eine BPS entwickeln.

6.2.4. Sitzung 4: Komorbidität und medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten

- S. 68–89 im Manual
- Achtsamkeitsübung „Die Flamme vor Augen“ S. 37

Im Manualteil der Psychoedukationsgruppe für Patienten werden für die Komorbiditäten und die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten drei Sitzungen á 60 Minuten aufgebracht. Damit stehen den Patienten laut Manual 180 Minuten für die Vermittlung dieser Themenbereiche zur Verfügung. Für die Angehörigengruppe ist lediglich eine Sitzung mit 90 Minuten dafür vorgesehen. So müssen die Inhalte dieser drei Sitzungen stark gekürzt werden. Im Manual wird angegeben, dass insbesondere die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten bei Angehörigen verkürzt dargestellt werden können.

Zunächst werden die bei den Betroffenen gestellten Zusatzdiagnosen gesammelt und am Flip-Chart festgehalten. Anschließend wird die Liste der Komorbiditäten bei Bedarf ergänzt und über die einzelnen psychischen Erkrankungen, die im Verlauf einer BPS eine Rolle spielen können, informiert.

Im zweiten Teil der Sitzung wird die Rolle der medikamentösen Behandlung bei der BPS erklärt. Es kommt wieder zu einer Sammlung der den Betroffenen verschriebenen Medikamente und zur Erstellung eines Schaubildes am Flip-Chart. Nachfolgend werden Informationen über die verschiedenen Gruppen von Medikamenten, einzelne Medikamente und ihre Nebenwirkungen gegeben.

Take-home-messages

- BPS hat viele Gesichter und Facetten, den typischen Borderliner gibt es nicht.
- Es gibt zahlreiche Begleitdiagnosen, die augenscheinlich im Vordergrund stehen und die eigentliche Störung verdecken können.
- Begleiterkrankungen können wechseln und müssen behandelt werden.
- Das allein reicht aber nicht aus. Es muss auch immer die dahinter liegende BPS therapiert werden, um eine längerfristige Stabilisierung zu erreichen.

- Medikamente können nicht alle Probleme einer BPS lösen, jedoch dabei helfen, drängende Symptome zu lindern.
- Wenn Medikamente eingesetzt werden, muss dies klar mit dem Betroffenen besprochen werden.
- Komorbide Erkrankungen können medikamentös behandelt werden.
- Eine alleinige medikamentöse Behandlung ist nicht ausreichend.
- Langfristige Wahl der Therapie einer BPS ist die Psychotherapie.

Ein beispielhaftes Flip-Chart findet sich im Anhang C 4.

Besonderheiten

Die häufigen zusätzlichen Diagnosen bei BPS-Patienten erwecken schnell den Eindruck ärztlicher Willkür. In dieser Sitzung kann der Mythos „Jeder Psychiater vergibt eine andere Diagnose“ abgebaut und noch einmal auf die Heterogenität des Störungsbildes aus Sitzung 2 eingegangen werden.

6.2.5. Sitzung 5: Psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten

- S. 99–112 im Manual
- Achtsamkeitsübung „Erholung“ S. 53

In diesem Treffen werden die beiden Sitzungen Psychotherapie I (DBT) und II (TFP) aus dem Manualteil für Patienten zusammengefasst.

Vermittelt wird ein Überblick über die beiden störungsspezifischen psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten DBT (Dialektisch-Behaviorale Therapie) und TFP (Übertragungsfokussierte Therapie). Es wird herausgearbeitet, dass bei der DBT eine Emotionsregulationsstörung im Vordergrund steht, während bei der TFP der Fokus auf der Identitätsstörung liegt. Für ein genaueres Verständnis der beiden therapeutischen Behandlungsverfahren siehe auch Kapitel 3.9. Zu beiden Verfahren wird ein Schaubild am Flip-Chart erarbeitet.

Ein beispielhaftes Flip-Chart findet sich im Anhang C 5.

6.2.6. Sitzung 6: Dialektische, nicht wertende Grundhaltung

Im Manual ist eine Sitzung zur dialektischen, nicht wertenden Grundhaltung vorgesehen, jedoch wird sie nicht näher ausgeführt. Deshalb wurde diese Gruppenstunde im Rahmen der vorliegenden Arbeit von den Gruppenleitern entwickelt. Sie wird im Folgenden ausführlich beschrieben:

Begrüßung und Achtsamkeitsübung „Annehmen“ S. 52

Gibt es offene Fragen/Anmerkungen/Erfahrungen mit dem Thema des letzten Treffens?

Einführung in das Sitzungsthema

„In den letzten fünf Sitzungen haben wir uns mit dem Störungsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung beschäftigt. Ab jetzt geht es um den Umgang mit dem Betroffenen. Heute möchten wir uns damit beschäftigen, eine dialektische, nicht wertende Grundhaltung dem Patienten gegenüber zu entwickeln. Das Wort „Dialektik“ haben wir ja bereits in der Sitzung zu den Psychotherapien im Rahmen der DBT gehört; heute können wir uns dafür mehr Zeit nehmen. Wer kann sich denn erinnern und kurz wiederholen, was Dialektik bedeutet?“

Diskussion: „Was bedeutet Dialektik?“ → Den goldenen Mittelweg gehen (Walking the middle path) → Bild der Waage am Flip-Chart anzeichnen (vgl. Fleischhaker, Sixt & Schulz, 2011, S. 181).



Erklären: „Dialektik ist eine Art philosophische Technik, die eine Balance herstellen soll zwischen Akzeptanz und Veränderung. Es geht darum, verschiedene Aspekte eines Sachverhalts zu berücksichtigen. Es gibt kein *entweder – oder*, sondern immer ein *so-wohl – als auch*. Lassen Sie uns jetzt gemeinsam überlegen, wie es Ihnen gelingen kann, so eine nicht wertende innere Haltung zu finden“ (vgl. Rentrop et al., 2007, S. 100 f.).

Fragen: „Wem von Ihnen ist es denn schon mal gelungen, Ihrem Betroffenen nicht wertend zu begegnen? Was haben Sie sich dabei innerlich gesagt? Welche Grundhaltung gegenüber dem Betroffenen hat Ihnen dabei geholfen?“

Folgende **Leitsätze** zur nicht wertenden Grundhaltung sollen gemeinsam am Flip-Chart erarbeitet werden (vgl. Auer, Ludewig & Bohus, 2017, S. 100; Linehan, 2016 Allgemeines Handout 4):

- Alle Beteiligten geben zu jedem Zeitpunkt ihr Bestes.
- Alle Beteiligten geben sich Mühe, sich positiv zu verändern.
- Alle Beteiligten müssen sich noch mehr anstrengen, härter arbeiten und motivierter sein, um sich zu verändern.
- Die Beteiligten haben möglicherweise nicht all ihre persönlichen Probleme verursacht – sie müssen sie aber selbst lösen.
- So wie das Leben momentan ist, ist es für alle Beteiligten schmerzhaft.
- Betroffener und Angehöriger – beide müssen neue Verhaltensweisen erlernen und in allen relevanten Kontexten anwenden.
- Jedes Verhalten hat eine Ursache.
- Die Ursachen des Verhaltens herauszufinden ist hilfreicher als zu urteilen oder zu beschuldigen.
- Es ist förderlicher, Dinge als gut gemeint zu verstehen als vom Schlimmsten auszugehen.
- Es gibt nicht nur eine Wahrheit.
- Weder die Betroffenen noch ihre Angehörigen können in der Therapie versagen.

„Diese Grundannahmen sollen zu einer Art ‚Waffenstillstand‘ zwischen Ihnen und dem Betroffenen führen. Sie können einen großen Beitrag zum Deeskalieren leisten. Eine weitere Strategie zum Deeskalieren ist das Validieren. Validieren ist ja nun kein Wort, das wir im alltäglichen Sprachgebrauch häufig verwenden – wer von Ihnen hat denn eine Idee, was das sein könnte?“

Vorschläge der Angehörigen sammeln. Dann gemeinsam klären: „**Validieren** ist eine Art Gesprächstechnik. Es geht darum, dem Anderen zu verstehen zu geben, dass seine Reaktionen in seiner aktuellen Lebenssituation Sinn ergeben und verstehbar sind, jedoch manchmal nicht die einzigen möglichen und oft nicht die sinnvollsten Reaktionsmuster darstellen. Es ist wichtig, den Anderen anzunehmen und Verständnis für seine Schwierigkeiten und sein Leiden zu zeigen“ (vgl. Bohus & Wolf-Arehult, 2016, S. 24; Linehan, 2014).

Vorsicht: Validieren heißt nicht loben oder bestätigen.

Fragen: „Was denken Sie, welche Vorteile hat das Validieren?“

→ Validieren baut Vertrauen auf, denn der andere fühlt sich verstanden. Validieren ist daher beziehungsstiftend (vgl. Bohus & Wolf-Arehult, 2016, S. 317; Linehan, 2014).

Fragen: „Wie kann man validieren?“

→ Die Dinge aus der Sicht des Anderen sehen: Aus der Sicht des Anderen sind Gedanken/Gefühle/Handlungen nachvollziehbar, das heißt aber nicht, dass sie die einzig mögliche Sichtweise widerspiegeln oder dass ich derselben Meinung bin (vgl. Bohus & Wolf-Arehult, 2016, S. 317).

„Es gibt verschiedene Validierungsstrategien. Alle zu besprechen würde den Rahmen sprengen. Wir konzentrieren uns heute auf drei Strategien.“

Am Flip-Chart wird ein ähnliches Schaubild zu Tabelle 6.2 erstellt und die Strategien werden gemeinsam erarbeitet (vgl. Bohus & Wolf-Arehult, 2016, S. 25).

Tabelle 6.2: Validierungsstrategien

Strategie	Beispiel	Positive Wirkung
V1: Aufmerksames Zuhören	→ „Das kann ich nachvollziehen.“	Wertschätzung
V2: Modalitätenkonforme Validierung	„Ich war stocksauer!“ → „Du warst enorm wütend.“	Verständnis
V3: Normative Validierung	„Ich war stocksauer!“ → „Also das ist normal, das wäre mir genauso gegangen!“	Starker Beziehungsaufbau, Aufbau von Selbstwertschätzung, Abbau von Scham und Selbstzweifeln

Frage: „Wen kann man validieren?“ (vgl. Bohus & Wolf-Arehult, 2016, S. 317)

- Den anderen
- Sich selbst

Frage: „Was kann man validieren?“ (vgl. Bohus & Wolf-Arehult, 2016, S. 317)

- Gedanken
- Gefühle
- Meinungen
- Wünsche
- Anstrengungen
- Beziehungen
- Handlungen

Aber Vorsicht: Validieren muss von Herzen kommen und darf nicht mechanisch sein, sonst fühlt sich der andere möglicherweise manipuliert.

Beispiel: „Ihre Tochter möchte an einem wichtigen Schulaufgabentag nicht in die Schule gehen, weil ihr Fuß schmerzt. Jetzt reiß dich doch mal zusammen, du musst in die Schule gehen, du hast eine Schulaufgabe“ wäre eine invalidierende Reaktion (das Gegenteil von Validieren). „Das tut mir leid, dass dein Fuß schmerzt. Ich verstehe, dass du dir Sorgen wegen der Schulaufgabe machst. Aber zu Hause bleiben würde dir nicht helfen – du müsstest die Schulaufgabe nachschreiben. Komm, wir holen dir etwas zum Kühlen für deinen Fuß und dann fahre ich dich zur Schule“ wäre eine validierende Reaktion. Die validierende Reaktion zeigt, dass Sie die Gefühle und Empfindungen Ihrer Tochter anerkennen und ernst nehmen, auch wenn Sie gleichzeitig ihr Verhalten nicht richtig finden.“

Frage: „Zusammenfassend, was macht ein validierendes Familienklima aus?“ (vgl. Fruzzetti & Hoffman, 2004)

- Das Erleben (Gefühle, Wünsche, Gedanken und Empfindungen) der einzelnen Familienmitglieder anerkennen
- Dieses Erleben zu validieren, auch wenn es anders als das eigene ist
- Unterschiede akzeptieren und tolerieren: nicht versuchen zu verändern oder zu kontrollieren
- Sich nicht nur auf Verhaltensebene kümmern, sondern die Akzeptanz und Fürsorge dem anderen gegenüber ansprechen
- Problemlösungen fördern
- Invalidierendes Verhalten begrenzen
- Invalidierung verstehen (vgl. Fruzzetti, Santisteban & Hoffman, 2007, S. 228)

„Wir haben ja vorhin schon ein Beispiel zum Validieren gehört – um in Zukunft invalidierende Reaktionen zu reduzieren, ist es genauso wichtig, nicht nur zu verstehen, wie Validieren funktioniert, sondern auch zu verstehen, was Invalidieren eigentlich bedeutet. Invalidieren kann sehr eindeutig erfolgen (z. B. durch eine aggressive Tonlage oder offensichtliche Feindseligkeit) oder auch sehr subtil. Wichtig ist, anzuerkennen, dass Invalidierungen uns allen schnell passieren können. Beispielsweise ist der gut gemeinte Rat „Ein Indianer kennt keinen Schmerz“ bereits eine Invalidierung.“

„Lassen Sie uns gemeinsam ein weiteres Beispiel zu einer subtilen Form des Invalidierens durchgehen, bevor Sie selbst aus Ihrem Leben invalidierende bzw. validierende Reaktionen berichten dürfen.“

Beispiel (Fruzzetti et al., 2007, S. 228): Der Betroffene hat die ganze Nacht im Internet gesurft und will jetzt nicht zur Arbeit/Schule gehen.

Diskussion: „Wie kann man validierend bzw. invalidierend reagieren?“ → *Mögliche Reaktionen sammeln und gemeinsam diskutieren. Anschließend gemeinsam die „Lösung“ besprechen:*

„Ich sehe, Du bist müde, weil Du die ganze Nacht im Internet gesurft hast – natürlich bist Du zu müde, um zur Schule zu gehen, bleib daheim!“ = Invalidierung

„Ich sehe Du bist müde, aber wenn Du den Tag verschläfst, bist du nachts wach und hast morgen dasselbe Problem; lass uns eines nach dem andern machen. Wie wäre es, wenn Du duschst und ich mache Dir derweil einen Kaffee?“ = Validieren

„Auch wenn der erste Satz vielleicht ‚wärmer‘ wirken mag, ist es nicht unbedingt validierend, dem Betroffenen zu raten, zu Hause zu bleiben. Hingegen seine Ängste und Müdigkeit anzuerkennen und ihm funktional durch den Tag zu helfen, ist sehr viel validierender. Natürlich kann in anderen Situationen, wie z. B. bei einer Grippe, die validierendere Reaktion sein, dem Betroffenen zu raten, zu Hause zu bleiben.“

Diskussion: „Sie sehen, es ist nicht unbedingt immer leicht, den Unterschied zwischen Validieren und Invalidieren zu erkennen. Um das Verständnis dafür zu vertiefen, lassen Sie uns Beispiele aus Ihrem Leben sammeln und gemeinsam überlegen, welche Reaktionen validierend und welche invalidierend wären. Welche Situationen fallen Ihnen aus Ihrem Leben ein?“

Ein beispielhaftes Flip-Chart findet sich im Anhang C 6.

Hausaufgabe: „Bitte achten Sie in der kommenden Woche auf Möglichkeiten, Ihren Angehörigen zu validieren.“

Abschlussrunde

6.2.7. Sitzung 7: Grundlegende Fertigkeiten im Umgang mit der Störung

→ S. 131–133 im Manual

Diese Sitzung wird lediglich auf einer Dreiviertelseite im Manual beschreiben. So wurden die Inhalte für diese Sitzung von der Autorin dieser Arbeit weiter ausdifferenziert.

→ Achtsamkeitsübung „Bewertungen aufgeben“ S. 49

Kurze Wiederholung der Sitzung 6 und Besprechung der Erfahrung der Teilnehmer bezüglich des Validierens und der dialektischen Grundhaltung.

Einführung in das Sitzungsthema

„Sie werden gesehen haben. Validieren ist gar nicht so leicht, man hat sich ja einen gewissen Stil über die Jahre angeeignet. Dass es nicht immer leicht ist, könnte auch mit Ihren inneren Grundsätzen zusammenhängen. Die BPS ist ein sehr komplexes Beschwerdebild, dem entsprechend differenziert begegnet werden muss. Einfache Lösungen gibt es nicht. Um falschen Erwartungen zu begegnen („Jetzt besuche ich doch die Psychoedukation und meine Tochter verhält sich immer noch wütend“) haben sich einige allgemeine Richtlinien bewährt, die Ihnen im Umgang mit Ihrem Betroffenen helfen können. (Auch die in der letzten Woche erarbeiteten Leitsätze für eine nicht wertende innere Grundhaltung helfen dabei.) Heute geht es darum, sich diese bewährten Richtlinien im Umgang mit dem Betroffenen mit BPS anzuschauen. Der Fokus liegt dabei besonders auf dem Umgang mit schwierigen Situationen mit Ihrem Betroffenen, denn da weisen Sie vermutlich den höchsten Leidensdruck auf.“

Fragen: „Wie sind Sie bisher mit schwierigen Situationen umgegangen? Welche Haltung bringen Sie Ihrem Betroffenen in schwierigen Situationen entgegen? Gibt es bestimmte Sätze, die Sie sich sagen, um schwierige Situationen besser meistern zu können?“

Folgende **Leitsätze** sollen gemeinsam am Flip-Chart vermittelt/erarbeitet werden (erweitert nach „Family Connections“ von Fruzzetti & Hoffman, 2004):

- Es gibt keine einfachen oder schnellen Lösungen.
- Veränderungen brauchen Zeit.
- Krisen kommen, gehen aber auch wieder vorüber.
- Große Probleme lassen sich dauerhaft nur in kleinen Schritten lösen.
- Hohe Erwartungen verbreiten „Druck“ und bewirken oft das Gegenteil des Gewünschten.
- Was auch immer passiert: „cool“ bleiben, die Ruhe bewahren.

- Meinungsverschiedenheiten gehören zum Leben.
- Wir müssen akzeptieren, dass wir unsere Gelassenheit immer wieder verlieren.
- Akzeptiere, dass wir nicht die Probleme unseres Angehörigen lösen können.

Diskussion: „Welcher unserer erarbeiteten Leitsätze spricht Sie besonders an? Haben Sie damit schon Erfahrungen gesammelt?“ → Beispiele sammeln lassen

Fragen: „Was kann die Anwendung dieser Grundsätze für Vorteile bringen? Wie kann sich der Umgang in meiner Familie in Richtung der erarbeiteten Grundhaltung verändern? Wann ist mir zuletzt ein Handeln nach diesen Grundsätzen gelungen?“

Ein beispielhaftes Flip-Chart findet sich im Anhang C 7.

Hausaufgabe: „Welche Leitsätze nehmen Sie sich vor, zu Hause umzusetzen?“

Abschlussrunde

6.2.8. Sitzung 8: Kommunikationsfertigkeiten

- S. 132–133 im Manual
- Achtsamkeitsübung „Wut loslassen“ S. 45

Begrüßung und Achtsamkeitsübung

Kurze Wiederholung der Sitzung 7 und Besprechung der Erfahrung der Teilnehmer bezüglich der Leitsätze zum Umgang mit schwierigen Situationen.

Einführung in das Sitzungsthema

„Wie wir gerade in den positiven Rückmeldungen zur inneren Haltung im Umgang mit der Störung gehört haben, können Sie selbst etwas dazu beitragen, dass die Situation mit Ihrem Betroffenen für Sie etwas leichter wird. Dies gilt nicht nur für Ihre innere Haltung, sondern betrifft auch Ihre Kommunikationsfertigkeiten mit dem Betroffenen. Vielleicht kennen Sie das: Durch wiederholte Krisen geraten ansonsten selbstverständliche Grundsätze eines Familienlebens oft aus den Fugen. Gemeinsame Aktivitäten werden vernachlässigt; auf kritische Äußerungen wird dünnhäutig reagiert; ein freundlicher, positiver Umgang oder gemeinsame Erinnerungen an schöne Zeiten werden zusehends unmöglich. Es gibt eine Reihe von Möglichkeiten, wie Sie wieder eine Art „Neuanfang“ starten können bzw. wieder an „bessere Zeiten“ anknüpfen können. Genau wie bei den

grundlegenden Fertigkeiten im Umgang mit der Störung werden wir jetzt gemeinsam Leitsätze zum familiären Umgang bzw. zur intrafamiliären Kommunikation erarbeiten.“

Frage: „Was denken Sie, welche Grundsätze im Familienleben – auch in Bezug auf die Kommunikation – könnten hilfreich sein? Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?“

Folgende **Leitsätze** sollen gemeinsam am Flip-Chart vermittelt/erarbeitet werden:

- Die familiäre Routine pflegen, so oft es geht (z. B. gemeinsame Mahlzeiten, Sport, Hobbys, Ausflüge, Urlaub)
- Kein Rückzug aus dem Freundeskreis (sich als Eltern, Geschwister, Partner eine „Auszeit nehmen“, sich etwas Gutes tun, mit anderen in Kontakt bleiben). Wir brauchen ein eigenes unterstützendes soziales Netzwerk.
- Zuhören. Bei Kritik nicht sofort in die Verteidigung gehen. Auch wenn der Angriff unfair ist, etwas sagen. Sich erlauben, verletzt worden zu sein. Diejenigen Anteile der Kritik, die zutreffen, anerkennen.
- Probleme offen ansprechen. Versuchen, die zur Problemlösung erforderlichen Notwendigkeiten zu identifizieren. Fragen, wer was tun kann.
- Gemeinsames Vorgehen! Widersprüchliche Haltungen, insbesondere zwischen den Eltern, können einen Konflikt ernstlich verstärken.
- Entwicklung von Strategien, die jedes Familienmitglied annehmen kann.
- Grenzen setzen. Toleranzgrenzen klar und in einfachen Worten benennen. Eigene Erwartungen kommunizieren. „Ich-Botschaften“ (Wünsche, Erwartungen, Gefühlsäußerungen) anstelle von „Du-Sätzen“ (Vorwürfen).
- Nicht versuchen, das betroffene Familienmitglied vor natürlichen Konsequenzen seines Handelns zu schützen.
- Dysfunktionale zwischenmenschliche Kommunikation (Koller kriegen, Drohungen, Spucken oder Schlagen) nicht tolerieren. Aus der Kommunikation herausgehen und das „Thema“ später wieder aufgreifen.
- Vorsichtig mit Ultimaten und Drohungen („Wenn du dich noch einmal so verhältst, musst du unser Haus verlassen!“) umgehen und nur dann formulieren, wenn die konsequente Umsetzung sicher ist. Gegebenenfalls mit anderen, einschließlich Therapeuten, besprechen.

Ein beispielhaftes Flip-Chart findet sich im Anhang C 8.

Hausaufgabe: „Achten Sie auf Ihre Kommunikation zu Hause. Was möchten Sie bzgl. der Leitsätze umsetzen?“ → z. B. Planen positiver gemeinsamer Aktivitäten, kleine Aufmerksamkeiten „verschenken“, nette SMS schicken, Tee für den Anderen kochen

Abschlussrunde

6.2.9. Sitzung 9: Umgang mit Krisen

- S. 133–134 im Manual
- Achtsamkeitsübung „Grundannahmen relativieren“ S. 47

Begrüßung und Achtsamkeitsübung

Kurze Wiederholung der Sitzung 8 und Besprechung der Erfahrungen der Teilnehmer bezüglich der Leitsätze zu den Kommunikationsfertigkeiten.

Einführung in das Sitzungsthema

„Die bereits häufig angesprochenen und für den Verlauf der Störung charakteristischen Krisen stellen womöglich die größte Herausforderung für Sie im Umgang mit dem Betroffenen dar. Deshalb werden wir uns heute die Zeit nehmen und gemeinsam herausfinden, welche grundlegenden Leitsätze Ihnen im Umgang mit den Krisen helfen können. Wir werden Strategien erarbeiten, die helfen können, den chaotischen, hilflosen Umgang in Krisensituationen in eine geordnete und sinnvolle Reaktion zu verwandeln.

Es gibt zwei Arten von Krisen: suizidale Krisen und nicht-suizidale Krisen. Heute liegt der Fokus auf den suizidalen Krisen. Es ist allerdings nicht Ihre Aufgabe, diese zwei Krisen zu unterscheiden; Sie nehmen, was der Betroffene sagt. Es ist nämlich so, dass ein großer Teil aller Suizide zuvor angekündigt wird, d. h. Suizidäußerungen sind immer ernst zu nehmen! Es ist also ganz wichtig, die vielfach gehörte Ansicht, „der/die tut sich doch eh nichts an!“ zu korrigieren. Deshalb werden wir uns heute die Zeit nehmen und gemeinsam Strategien erarbeiten, die Ihnen im Umgang mit den Krisen helfen können. Zudem werden wir einen Notfallplan erarbeiten, in dem konkret festgehalten wird, was wie zu tun ist. Dies soll helfen, einen chaotischen Umgang in Krisensituationen in geregelte und hilfreiche Handlungen zu verwandeln. Dabei ist wichtig, dass sich jeder konsequent an den Plan hält. Dies erfordert das Einverständnis von und eine Absprache mit dem Betroffenen. Mit diesem soll in einer guten Zeit der Notfallplan erstellt werden.“

Fragen: „Wie sind Sie bisher mit Krisen umgegangen? Welche Strategien haben Ihnen geholfen bzw. auch nicht geholfen? Was ist Ihrer Meinung nach zu beachten? Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?“

Folgende **Leitsätze** sollen gemeinsam am Flip-Chart vermittelt/erarbeitet werden:

- Den Krisen Beachtung schenken, aber die Ruhe bewahren.
- Niemals suizidale oder selbstdestruktive Androhungen ignorieren; ernst nehmen, aber die eigenen Grenzen aufzeigen. Professionelle Hilfe hinzuziehen.
- Kein Geheimnis um selbstschädigendes Verhalten machen. Mit anderen Familienmitgliedern darüber sprechen; sich vergewissern, dass die professionellen Helfer darüber Bescheid wissen.
- Wenn irgend möglich: Erstellen eines Notfallplanes in der Zeit *vor* einer akuten Krise.
- Wer kann bei einer Krisensituation zusätzlich Beistand leisten?
- Bei welchen Möglichkeiten des eigenen Krisenplans kann der Betroffene die Hilfe seiner Angehörigen brauchen?
- Zu welchem Therapeuten bzw. welcher Klinik kann Kontakt aufgenommen werden (Telefonnummern)?
- Wann überschreitet die Krise meine eigenen Möglichkeiten als Angehöriger und erfordert sofortige professionelle Hilfe?
- Welche professionellen Krisenhilfen gibt es (Telefonnummern)?

Erstellen eines Krisenplans: Gemeinsames Erarbeiten eines Krisenplans im Plenum, der auf dem Flip-Chart festgehalten wird und von jedem Angehörigen für sich individualisiert werden sollte; beispielhafter Krisenplan für die Patienten aus dem DBT (aus dem Manualteil für Patienten) wird ausgeteilt.

Selbstfürsorge: In dieser Sitzung wurde das Manual um das Thema Selbstfürsorge erweitert. Die Nützlichkeit einer eigenen Art Notfallkoffer für die Angehörigen insbesondere für den Zeitpunkt *nach* einer Krise wird erarbeitet. Ein Informationsblatt mit Notfalltelefonnummern für die Angehörigen wird ausgeteilt.

Fragen: „Wie könnten Sie nach einer Krisensituation gut für sich sorgen? Wer könnte Ihnen helfen? Was tut Ihnen gut?“

→ Rechte der Angehörigen erarbeiten (aus „Family Connections“, siehe Fruzzetti & Hoffman, 2004)

- Wir brauchen einen gesunden Egoismus (Balance)!
- Wir müssen lernen „Nein“ zu sagen!
- Wir brauchen unser eigenes unterstützendes soziales Netzwerk!
- Wir müssen akzeptieren, dass wir die Probleme unseres Betroffenen nicht lösen können!

- Wir müssen akzeptieren, dass wir unsere Gelassenheit immer wieder verlieren werden!

Ein beispielhaftes Flip-Chart findet sich im Anhang C 9.

Abschlussrunde

6.2.10. Sitzung 10: Fragebögen, offene Fragen, Feedback

- S. 112–116 im Manual
- Achtsamkeitsübung „Gedanken loslassen“ S. 50–51

Kurze Wiederholung der Sitzung 9 und Besprechung der Erfahrung der Teilnehmer bezüglich des Krisenplans und der Selbstfürsorge.

Sitzungsinhalt:

Diese Gruppenstunde ist zweigeteilt: In der ersten Hälfte füllen die Angehörigen den Feedbackfragebogen, den Wissensfragebogen, den IEQ-EU und den WHOQOL-BREF aus. Diese Reihenfolge wurde bewusst so gewählt, damit offenes Feedback im Plenum niemanden bei der Beantwortung der Items im Feedbackfragebogen beeinflusst.

Nach Ausfüllen der Fragebögen werden offene Fragen geklärt und Feedback und Anregungen der Teilnehmer in der Gruppe entgegengenommen. Die Therapeuten regen zur Etablierung einer Selbsthilfegruppe an und geben den Angehörigen genügend Raum, um Kontakte auszutauschen. Nach einem Fazit der Gruppenleiter an die Teilnehmer wird sich bei den Angehörigen für die Teilnahme bedankt und verabschiedet. Die Angehörigen füllen zum letzten Mal den Stundenbogen aus.

7. Fragestellungen und Hypothesen

In Bezug auf Angehörige von Betroffenen mit BPS besteht, wie bereits mehrfach erwähnt, eine enorme Lücke in der Literatur: Es ist kaum etwas über diese Angehörigengruppe bekannt und es existieren nur wenige wissenschaftliche Publikationen (Betts et al., 2018; Flynn et al., 2017; Grenyer et al., 2018). Zusammenfassend ist aus den vorhandenen Studien festzuhalten, dass die Angehörigen von Patienten mit BPS extrem belastet sind – mehr noch als Angehörige von Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen (Bailey, 2014; Flynn et al., 2017; Grenyer et al., 2018; Kirtley et al., 2018). Sie haben schwierige Stresssituationen zu meistern, müssen mit den unberechenbaren, impulsiven Verhaltensweisen der Betroffenen umgehen und sich oft Schuldzuweisungen anhören (Jäger, 2014). Dadurch fühlen sie sich häufig durch die BPS-typische Symptomatik von den Betroffenen verunsichert und abgelehnt und geraten so in einen Teufelskreis: Einerseits bemühen sie sich, den Borderline-Betroffenen zu unterstützen und ihm zu helfen; sie wollen ihm eine andere Erfahrung ermöglichen als die des Verlassenwerdens, spüren aber selbst früher oder später, dass sie am Ende ihrer eigenen Kräfte angelangt sind (Schäfer et al., 2010; Sendera & Sendera, 2016). Laut Studienlage sind die Angehörigen von Patienten mit BPS meist selbst pathologisch auffällig und weisen Depressionen, Impulskontrollstörungen, Substanzmissbrauch, antisoziale Persönlichkeitszüge und Borderline-Persönlichkeitsstörungen auf (Goldman et al., 1993; Riso et al., 2000; Silverman et al., 1991; Zanarini et al., 2004).

Aufgrund der hohen Belastung dieser Angehörigengruppe scheinen Hilfsangebote dringend erforderlich. Insgesamt existieren sieben Unterstützungsangebote, um den Bedürfnissen dieser Angehörigen zu begegnen, von denen zwei nicht spezifisch für Angehörige von Patienten mit BPS entwickelt wurden, sondern für Angehörige von Patienten mit PS generell. Lediglich zu drei dieser Programme liegen Evaluationsdaten vor (Flynn et al., 2017; Grenyer et al., 2018; Hoffman et al., 2005, 2007; Pearce et al., 2017). Diese Studien belegen, dass die Hilfsangebote die Belastung der Angehörigen reduzieren und das Wissen sowie die Selbstwirksamkeit erhöhen können. Eine Studie konnte zeigen, dass die Teilnahme an einem psychoedukativen Programm die Beziehung zwischen den Angehörigen und den Betroffenen mit BPS verbesserte (Grenyer et al., 2018).

Nahezu alle Arbeiten betonen, wie wichtig es ist, die Angehörigen in die Behandlung miteinzubeziehen und auf diesem Gebiet weiter zu forschen (vgl. Bailey & Grenyer, 2014; Bickerton et al., 2013; Grenyer et al., 2018; Lawn & McMahon, 2015; Martino et al., 2014; Pearce et al., 2017).

In Deutschland existiert lediglich ein einziges psychoedukatives Manual für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, das am Ende ein Kapitel zur Durchführung von Angehörigengruppen beinhaltet: „Psychoedukation für Borderline-Störungen – Manual zur Leitung von Patienten und Angehörigengruppen“ von Rentrop et al. (2007). Eine psychoedukative Angehörigengruppe nach diesem Konzept wurde nach aktuellem Kenntnisstand der Gruppenleiter bisher weder umgesetzt, noch liegen empirische Ergebnisse diesbezüglich vor. Ziel dieser Pilotstudie ist deshalb die Evaluation dieses Manuals, das teilweise durch Elemente v. a. aus dem „Family Connections“-Programm (Fruzzetti & Hoffman, 2004) ergänzt wurde. Außerdem beinhaltet die vorliegende Arbeit die Entwicklung und Evaluation der sechsten Gruppenstunde, die zwar inhaltlich durch eine Überschrift im Manual festgelegt wird, deren Durchführung aber nicht näher beschrieben wird. Mit der Evaluation des Programms soll überprüft werden, ob das Gruppenprogramm zu einem Wissenszuwachs, zu einer Belastungsreduktion und zu einer Verbesserung der Lebensqualität bei den teilnehmenden Angehörigen führt (summative Evaluation). Mit dem Feedbackfragebogen soll die allgemeine Akzeptanz des Gruppenprogramms analysiert werden. Außerdem soll die Studie Hinweise darauf geben, ob Veränderungsbedarf bei der Konzeption des Manuals besteht (formative Evaluation). Daraus ergeben sich die folgenden summativen und formativen Fragestellungen:

7.1. Fragestellungen der summativen Evaluation

Im Folgenden werden die summativen Fragestellungen vorgestellt, die zum Ziel haben, Erkenntnisse über das Krankheitswissen, die Belastung und die Lebensqualität der Angehörigen zu gewinnen. Außerdem ist von Interesse, ob zwischen den eben genannten Variablen und den Daten aus dem Eingangs- und Feedbackfragebogen Zusammenhänge bestehen.

7.1.1. Krankheitswissen

Obwohl Angehörige oft die einzigen Bezugspersonen der Betroffenen sind, werden sie meist nur unzureichend über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt (Frank et al., 2015; Schmid et al., 2003). Sie leiden in der Regel unter Ängsten und Sorgen infolge mangelnder Informationen (Schmid et al., 2005). Gerade Angehörige von BPS-Patienten weisen meistens ein sehr limitiertes Wissen über das Störungsbild auf (Hoffman et al., 2003), sodass eine Wissensvermittlung im Rahmen eines psychoedukativen Gruppenprogramms äußerst hilfreich erscheint. Die Informationsvermittlung über das Störungsbild stellt die Basis dar, um den Angehörigen einen gesunden und achtsamen Umgang mit dem Betroffenen zu ermöglichen (Jäger, 2014). Darüber hinaus haben

Angehörige häufig Zweifel an der Diagnose und das Bedürfnis, mehr über dieses Störungsbild zu erfahren (Rauchfleisch, 2015).

Ein Wissenszuwachs durch den Besuch psychoedukativer Angehörigengruppen konnte vor allem bei Angehörigen von Betroffenen mit Schizophrenie, aber auch bei Angehörigen mit anderen psychischen Störungen bereits belegt werden (Amaresha et al., 2018; Bäuml & Pitschel-Walz, 2012; Berger et al., 2004; McWilliams et al., 2010; Pitschel-Walz, 1997; Reichhart et al., 2010; Reinares et al., 2004). Für Angehörige von Patienten mit BPS existiert lediglich eine einzige Studie, in der der Wissenszuwachs für Angehörige von *Jugendlichen* mit BPS durch den Besuch des Programms „Making Sense of BPD (MS-BPD)“ nachgewiesen wurde (Pearce et al., 2017).

Im Mittelpunkt dieser Studie steht deshalb die Frage, ob das Gruppenprogramm seinem psychoedukativen Anspruch als Wissensvermittlung gerecht wird und die Angehörigen nach der Teilnahme an dieser Psychoedukationsgruppe über ein höheres Wissen über die Borderline-Persönlichkeitsstörung und deren Behandlungsmöglichkeiten verfügen als vorher.

Hypothese 1: Bei den Angehörigen ist nach der Teilnahme an der Psychoedukationsgruppe ein Wissenszuwachs festzustellen.

7.1.2. Psychische Belastung

Angehörige von Personen mit BPS weisen eine höhere Belastung auf als Angehörige von Personen mit anderen psychischen Störungen (Bailey & Grenyer, 2014). Dabei spielen mangelnde Informationen über die betreffende Störung, Unsicherheit und Überforderung mit der Symptomatik und Sorgen bezüglich der Behandlung des Patienten eine zentrale Rolle (Schmid et al., 2007). Je besser der Angehörige über die dysfunktionalen Verhaltensmuster des Betroffenen mit BPS aufgeklärt ist, desto eher ist eine heilsame Beziehung zwischen ihnen möglich, die beide nicht mehr frustriert (Jäger, 2014).

“When you understand, you cannot help but love. You cannot get angry. To develop understanding, you have to practice looking at all living beings with the eyes of compassion. When you understand, you love. And when you love, you naturally act in a way that can relieve the suffering of people.” Thich Nhat Hanh (2005, S. 24)

Die impulsiven, extrem gegensätzlichen und äußerst emotionalen Verhaltensweisen der Betroffenen können die Angehörigen ängstigen. Die Erkenntnis, dass der BPS-Patient wie in einer anderen Welt lebt, Ereignisse anders wahrnimmt und unbewusst mit starren

Verhaltensmustern auf die Umwelt reagiert (Jäger, 2014), kann entlasten. So ermöglicht erst das Wissen um die verborgenen Gefühle, Gedanken und inneren Spannungszustände ein adäquates Handeln (ebd.).

Da die Informationsvermittlung und der Austausch über die Borderline-Persönlichkeitsstörung ein zentrales Ziel dieses Gruppenprogramms ist, lässt sich in dieser Hinsicht eine entlastende Wirkung erwarten, da neben der Informationsvermittlung über die Erkrankung gerade auch der Umgang mit dem Betroffenen einen hohen Stellenwert im Gruppenprogramm einnimmt. Aber auch bezüglich der Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühle sowie der Ängste und Sorgen infolge der Alleinverantwortung der Angehörigen (Schmid et al., 2007) könnte mit dieser Gruppenintervention durch den Austausch mit anderen Angehörigen und die Etablierung von Selbstfürsorge den Belastungen entgegengewirkt werden. Die Schulung in kommunikativen Fertigkeiten im Umgang mit dem Patienten sowie die Anleitung zur Bewältigung von Krisen könnten ebenfalls zu einer Entlastung der Angehörigen beitragen. Darüber hinaus werden Angehörige von BPS-Patienten häufig mit Schuldzuweisungen und Kritik konfrontiert (Jäger, 2014). Eine umfassende Aufklärung v. a. hinsichtlich des Ursachenmodells der BPS könnte vorhandene Schuldgefühle reduzieren und damit zu einer Belastungsreduktion beitragen.

Ferner kommen viele Angehörige vermutlich erstmals im Rahmen der Psychoedukationsgruppe mit anderen Leidensgenossen zusammen und machen die entlastende Erfahrung, nicht allein mit ihren Sorgen und Problemen zu sein (Universalität des Leidens, vgl. Kapitel 2.6).

So ist ein weiteres Ziel dieser Studie herauszufinden, ob die Angehörigen nach der Gruppenteilnahme weniger belastet sind als vorher.

Hypothese 2: Nach der Teilnahme an der Psychoedukationsgruppe ist die Belastung der Angehörigen geringer ausgeprägt als davor.

7.1.3. Lebensqualität

Einige Studien belegen, dass die Lebensqualität der Angehörigen von psychisch Kranken durch psychoedukative Gruppenprogramme erhöht werden konnte (z. B. Gex-Fabry et al., 2015; Martín-Carrasco et al., 2009; Soliman, Mahdy & Fouad, 2018).

Gleiches könnte auch für die Angehörigen in dieser Studie zutreffen: Psychoedukative Angehörigengruppen haben das Potenzial, das Wissen über die Erkrankung zu erhöhen, den Umgang mit schwierigen Situationen zu erleichtern, Ängste, Unsicherheiten und Befürchtungen zu reduzieren, neue Hoffnung zu schöpfen und an Selbstvertrauen zu gewinnen (vgl. Borbé et al., 2017; Pitschel-Walz, 1997; Pitschel-Walz & Bäuml, 2017; Pitschel-Walz et al., 2016). Durch diese Bereicherungen könnte sich die Lebensqualität der

Angehörigen erhöhen. Insbesondere durch die in der Gruppe neu erlernten Strategien im Umgang mit den Patienten könnte sich die Beziehung zu dem Betroffenen möglicherweise entspannen, und dies könnte zu weniger Konflikten und damit zu einer Steigerung der Lebensqualität führen.

Die Studie soll deshalb als weiteres Ziel klären, ob die Angehörigen nach der Gruppen teilnahme über eine höhere Lebensqualität berichten als vorher.

Hypothese 3: Die Angehörigen weisen nach der Teilnahme an der Psychoedukationsgruppe eine höhere Lebensqualität auf als davor.

7.1.4. Explorative Fragestellungen

Ziel der explorativen Fragestellungen ist es, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, womit ein potenzieller Wissenszuwachs, eine potenzielle Belastungsreduktion und eine potenzielle Verbesserung der Lebensqualität zusammenhängen. Denn es ist von Interesse zu untersuchen, ob bestimmte Angehörige (z. B. ältere oder jüngere, weibliche oder männliche) von den oben genannten möglichen Veränderungen im Gruppenverlauf besonders profitieren. Dafür werden bivariate Korrelationen zwischen dem Wissenszuwachs, der Belastungsreduktion und der Verbesserung der Lebensqualität und den Daten aus dem Eingangs- und Feedbackfragebogen berechnet.

7.2. Fragestellungen der formativen Evaluation

Grundlage der formativen Evaluation war die Studie von Zoubek (2013), deren Fragestellungen und Hypothesen an die vorliegende Studie thematisch angepasst wurden. Die formative Evaluation untersucht, wie die Angehörigen von BPS-Patienten, die aufgrund des mangelnden Angebots vermutlich noch nie eine Psychoedukationsgruppe besucht haben, die psychoedukative Gruppenbehandlung beurteilen. So werden mit den Stundenbögen regelmäßig Rückmeldungen der Therapeuten und Angehörigen eingeholt, um Einschätzungen zu den jeweiligen Sitzungen zu erhalten. Die so gewonnenen Daten lassen Rückschlüsse zu, wie die Angehörigen und Therapeuten das psychoedukative Gruppenprogramm allgemein, aber auch bezogen auf einzelne Gruppensitzungen bewerten. Diese Infos können dazu benutzt werden, Optimierungsmöglichkeiten am Manual herauszuarbeiten.

Aufgrund der Ergebnisse aus der Forschung zur Zufriedenheit mit psychotherapeutischen Gruppen (Bredel, Brunner, Haffner & Resch, 2004; Breisacher, Ries, Bischoff & Ehrhardt, 2003; Zoubek, 2013) ist zu erwarten, dass die Angehörigen das Gruppenprogramm insgesamt positiv bewerten werden.

Zudem wird aufgrund der Erkenntnisse zu allgemeinen und verhaltenstherapeutischen Gruppenprozessen (z. B. Backenstraß et al., 2004; Kundermann et al., 2014; Pitschel-Walz et al., 2011; Taube-Schiff, Suvak, Antony, Bieling & McCabe, 2007) davon ausgegangen, dass die Bewertungen von Gruppensitzung zu Gruppensitzung stetig positiver werden.

Außerdem können die einzelnen Bewertungen der Angehörigen Erkenntnisse darüber liefern, wie das psychoedukative Gruppenprogramm ankommt und ob Optimierungsbedarf beim Gruppenmanual besteht: Die Bewertung einzelner Gruppenstunden kann Aufschluss darüber geben, wie bestimmte Therapiebausteine und -inhalte von den Angehörigen und Therapeuten angenommen werden. Auch ist von Interesse, wie die Angehörigen die neu entwickelte Sitzung 6 bewerten. Zudem kann die deskriptive Betrachtung der Bewertungen einen möglichen Veränderungsbedarf des psychoedukativen Manuals identifizieren.

Entsprechend den Befunden zu Phasenverläufen von Gruppentherapien (Howard et al., 1993; MacKenzie, 1997; Tuckman & Jensen, 1977) wird angenommen, dass Veränderungen in Bewertungsbereichen auf Itemebene, aber auch bezogen auf ganze Sitzungen typische Phasen von Gruppenverläufen darstellen (vgl. Kapitel 2.7). Es wird davon ausgegangen, dass die deskriptive Betrachtung der Verlaufskurven der Bewertungen des GTS-A die typischen Phasen des Gruppenverlaufes nach Tuckman und Jensen (1977), Howard et al. (1993) oder MacKenzie (1997) abbilden.

Zusammenfassend ergeben sich folgende Hypothesen:

Hypothese 4: Das psychoedukative Gruppenprogramm wird insgesamt positiv bewertet.

Hypothese 5: Die Einschätzung der Gruppentherapie als Ganzes oder die Beurteilung einzelner Bewertungsbereiche werden dabei über die Gruppensitzungen hinweg zunehmend positiver.

Hypothese 6: Therapiesitzungen werden trotz aufsteigender Trends unterschiedlich bewertet, sodass Rückschlüsse zur Zufriedenheit mit Interventionsbausteinen für eine mögliche Verbesserung des Manuals möglich sind.

Hypothese 7: Die Bewertungen der Therapiesitzungen bzw. einzelner Items bilden neben dem generell ansteigenden Trend zusätzlich verschiedene Phasen des Gruppenverlaufs ab.

II. Empirischer Teil

8. Methode

In diesem Kapitel werden zunächst die Datenerhebung, das Studiendesign, die Untersuchungsinstrumente und die Stichprobe beschrieben. Anschließend erfolgt ein Überblick über die statistische Auswertung.

8.1. Datenerhebung

Im Folgenden wird auf die Gewinnung der Stichprobe, die zugrunde liegenden Ein- und Ausschlusskriterien und auf den Ablauf der Gruppen eingegangen.

8.1.1. Gewinnung der Stichprobe

Gesuchte Versuchspersonen für diese Pilotstudie waren Angehörige von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). Da im deutschsprachigen Raum nach ICD-10 diagnostiziert wird, wurden Angehörige von Patienten mit der Diagnose *Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ* (Dilling & Freyberger, 2012) gesucht. Rekrutiert wurden die Angehörigen vor allem im Raum München, insbesondere über die Ärzte und Psychologen der *Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München, Klinikum rechts der Isar*. Darüber hinaus wurde das Projekt persönlich beim *Borderline-Trialog München*, dem *Frauen-Therapie-Zentrum (FTZ)*, dem *Vincentro München* (Koordinationsstelle zur Krisenversorgung am Wohnort) und dem *Sozialpsychiatrischen Dienst Giesing (SPDI)* vorgestellt. Per E-Mail wurden Teilnehmer über die *Aktionsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker, ihrer Freunde und Förderer e. V. München* (ApK München), dem *Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e. V. (LApK)*, der *Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation (AVM)* und dem Münchner Netzwerk *Kinder psychisch erkrankter Eltern (Ki.ps.E)* gewonnen.

8.1.2. Ein- und Ausschlusskriterien

Grundlage der Selektion von Teilnehmern für die Beteiligung an dieser Untersuchung stellte das Screening-Protokoll (vgl. Anhang B 1) dar, in dem die Ein- und Ausschlusskriterien abgefragt wurden. Diese Überprüfung der Eignung der potenziellen Studienteilnehmer fand telefonisch vor dem jeweiligen Gruppendurchlauf statt.

Als *Angehörige* wurden Menschen gesehen, die der Störung des psychisch Kranken direkt ausgesetzt sind. Eingeschlossen wurden alle Angehörigen, die mindestens 18 Jahre alt waren und einen Verwandten, Ehe-/Lebenspartner oder Freund hatten, der die

Diagnose *Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ* (ICD-10: F60.31) von einem Arzt/Psychologen diagnostiziert bekommen hatte. Somit wurde „Angehöriger“ definiert als eine Person mit biologischem Verwandtschaftsverhältnis zum Betroffenen oder eine andere bedeutsame nicht-biologisch verwandte Person (Ehepartner, Partner, enge Freunde) im Umfeld des Betroffenen. Dass auch nicht biologisch verwandte Personen als „Angehörige“ in die Studie mitaufgenommen wurden, geht auf die Angaben von Pitschel-Walz und Bäuml (2008) zu psychoedukativen Angehörigengruppen zurück: Demnach umfassen Angehörigengruppen „Familienmitglieder“ und „andere relevante Bezugspersonen“. Dafür spricht auch die Studie von Scheirs & Bok (2007), die zeigen konnten, dass sowohl biologisch verwandte Angehörige (Eltern oder Geschwister) als auch nicht verwandte Personen (Partner und Freunde) im Umfeld von Patienten mit BPS im Belastungsfragebogen Symptom Checkliste 90 (SCL-90) höher belastet sind als die Allgemeinbevölkerung. Die Studie zeigte, dass zwischen diesen beiden Gruppen (verwandt vs. nicht verwandt) kein signifikanter Unterschied bei der Beantwortung der SCL-90 ist. Ausnahmen waren die Subskala „Somatisierung“, auf der die verwandten Personen höhere Werte angaben als die nicht-verwandten, und die Subskala „Feindseligkeit“, bei der die nicht-verwandten Personen höhere Werte erzielten (Scheirs & Bok, 2007). Pro Betroffenen und Gruppe durften maximal zwei Angehörige teilnehmen. Ausgeschlossen wurden Angehörige, die minderjährig waren, über keine ausreichenden Sprachkenntnisse verfügten und/oder eine kognitive Beeinträchtigung aufwiesen.

8.1.3. Ablauf der Gruppen

Anmelden bzw. Kontakt aufnehmen konnten die Teilnehmer per Telefon oder E-Mail (s. Flyer, Anhang A). Vor jedem Gruppendurchlauf wurden in einem telefonischen Vorgespräch die Ein- und Ausschlusskriterien der etwaigen Angehörigen geprüft. Außerdem wurden in dem Telefonat alle Teilnehmer über Zweck, Ablauf und Bedeutung der Untersuchung aufgeklärt. Die Teilnahme war für alle Angehörigen kostenlos und erfolgte auf freiwilliger Basis und nach schriftlicher Einverständniserklärung (s. Anhang B 2). Die drei psychoedukativen Gruppen mit je 11, 12 und 10 Teilnehmern fanden einmal wöchentlich im Zeitraum von August 2014 bis August 2015 im Konferenzraum der *Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar* statt. Entsprechend der Anzahl der 10 Gruppensitzungen dauerte jeder Gruppendurchlauf 10 Wochen. Jede Gruppensitzung dauerte 90 Minuten und wurde von mindestens zwei der drei Leiter (Oberarzt, Pflegeleitung, Diplom-Psychologin) durchgeführt. Die Gruppenleiter führten die einzelnen Sitzungen zufällig wechselnd durch, um Versuchsleitereffekte zu vermeiden. Einzige Ausnahme war die Sitzung zu den medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten, welche aus fachlichen Gründen immer vom Oberarzt durchgeführt wurde.

8.2. Studiendesign

Zur Einschätzung der Wirksamkeit des Gruppenprogramms wurde im Rahmen dieser Pilotstudie ein Prä-post-Designs gewählt (vgl. Abbildung 8.1). Die Teilnehmer füllten die Selbsteinschätzungsbögen zu zwei Messzeitpunkten aus: einmal vor dem Gruppendurchlauf (t1) und einmal nach der letzten Gruppensitzung (t2). Während des ersten Gruppendurchlaufs wurde deutlich, dass viele der Angehörigen nach den Sitzungen wertvolles Feedback gaben. Um diese Informationen nicht zu verlieren, wurden ab der zweiten Gruppe Stundenbögen eingesetzt. Das heißt: Die Teilnehmer aus Gruppe 2 und 3 (n = 22) beurteilten nach jeder der 10 Sitzungen die jeweilige Stunde anhand bestimmter Kriterien. Insgesamt wurden in die Auswertung alle Teilnehmer eingeschlossen, die mindestens fünf der zehn Gruppensitzungen besucht hatten.

Auf Grundlage der Daten und der Erfahrungswerte aus der Pilotstudie soll in zukünftiger Forschung eine multizentrische, randomisierte Studie geplant und durchgeführt werden.

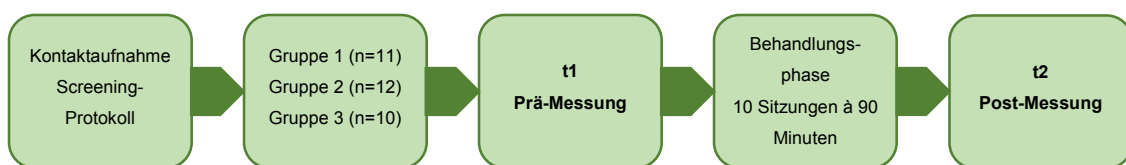


Abbildung 8.1: Überblick über das Studiendesign

8.3. Untersuchungsinstrumente

Bei den eingesetzten Fragebögen in dieser Studie handelte es sich ausschließlich um Selbsteinschätzungsinstrumente. Alle verwendeten Fragebögen finden sich in Tabelle 8.1 und sind in Anhang B aufgelistet. Die Fragebögen werden getrennt für die beiden Evaluationsaspekte vorgestellt. Die summative ergebnisbezogene Evaluation wurde durch das Prä-post-Design realisiert; die formative Evaluation erfolgte prozessbezogen nach jeder Sitzung durch die Stundenbögen. Der Feedbackfragebogen erfasst ergebnis- und prozessbezogene Daten. Der Eingangsfragebogen dient neben der Erfassung soziodemografischer Daten mit zwei Fragen, die im Feedbackfragebogen wiederholt werden, der Ergebnisevaluation. Er wird daher unter der summativen Evaluation aufgeführt.

Tabelle 8.1: *Eingesetzte Messinstrumente in dieser Studie*

summative Evaluation	formative Evaluation
Eingangsfragebogen	Gruppentherapie-Angehörigenstundenbogen (GTS-A)
Wissensfragebogen	Gruppentherapie-Therapeutenstundenbogen (GTS-T)
IEQ-EU	
WHOQOL-BREF	
Feedbackfragebogen	

8.3.1. Summative Evaluation

Im Folgenden werden die Fragebögen zur Realisierung der summativen Evaluation vorgestellt.

8.3.1.1. Eingangsfragebogen

Der Eingangsfragebogen wurde speziell für diese Pilotstudie entwickelt (s. Anhang B 4) und fragt relevante Informationen der Angehörigen ab. Er setzt sich zusammen aus soziodemografischen Fragen zu z. B. Geschlecht, Alter, aktueller psychotherapeutischer/ärztlicher Behandlung, Berufsausbildung, Dauer der Diagnose des Borderline-Patienten, Schwere der Symptome des Borderline-Patienten und Erfahrung mit Angehörigengruppen. Darüber hinaus enthält er zwei Fragen, bei denen die Angehörigen einmal ihre Beziehung zum Patienten mit BPS einschätzen sollten und einmal angeben sollten, wie sehr sie sich durch die psychischen Probleme ihres Patienten mit BPS belastet fühlen. Diese beiden Fragen werden im Feedbackfragebogen wiederholt, um mögliche Veränderungen diesbezüglich erfassen zu können. Der Eingangsfragebogen besteht insgesamt aus 18 Fragen und die Bearbeitungszeit beträgt etwa 5 Minuten.

8.3.1.2. Wissensfragebogen

Das Krankheitswissen wurde über einen Wissensfragebogen erhoben (s. Anhang B 5). Dafür wurde der von den Herausgebern des Manuals *Psychoedukation Borderline-Störung* (Rentrop et al., 2007) erstellte Wissensfragebogen modifiziert und an die Inhalte des hier durchgeführten Gruppenprogramms angepasst. So wurden beispielsweise als „zu schwer“ eingeschätzte Fragen vereinfacht und als „zu einfach“ eingeschätzte Fragen erschwert. Auch wurden Antwortalternativen, die zweideutig erschienen (könnten richtig und falsch sein) ersetzt. Zudem wurde der ursprüngliche Wissensfragebogen um zwei spezifische Angehörigen-Fragen und eine Medikamenten-Frage erweitert. Aus ökonomischen Gründen wurden auch Fragen aus dem ursprünglichen Fragebogen zusammengefasst.

Der eingesetzte Wissensfragebogen besteht aus 17 Fragen, die sich auf folgende Bereiche beziehen:

- Ursachen und Verlauf der Erkrankung
- Symptome
- Komorbiditäten
- Medikamentöse Behandlung und deren Nebenwirkungen
- Psychotherapeutische Behandlung
- Umgang der Angehörigen mit dem Betroffenen

Jede Frage besteht aus je fünf Antwortmöglichkeiten, von denen alle oder keine richtig sein kann. Für jede richtig angekreuzte Antwort und jede richtig ausgelassene Antwort erhielten die Angehörigen einen Punkt, für jede falsche Antwort (falsch angekreuzt oder fälschlicherweise nicht angekreuzt) wurde ein Punkt abgezogen. Somit konnten pro Frage maximal 5 Punkte erzielt werden; insgesamt also 85 Punkte. Der „Summenscore“ einer jeden Frage errechnet sich durch die Summe aller richtig beantworteten oder richtig ausgelassenen Antwortalternativen minus der Summe aller falsch beantworteten oder falsch ausgelassenen Antwortalternativen. Der „Gesamtscore Wissen“ bezieht sich auf alle 17 Fragen des Fragebogens und errechnet sich durch die Addition aller korrekt angekreuzten bzw. korrekt ausgelassenen Antwortalternativen minus der Addition aller falsch angekreuzten bzw. falsch ausgelassenen Antwortalternativen. Die Bearbeitungszeit beträgt in etwa 20 Minuten. Der Fragebogen wurde noch nicht hinsichtlich seiner Gütekriterien evaluiert. Eine Überprüfung hinsichtlich der Gütekriterien und ggf. eine Modifikation des Fragebogens sind in zukünftigen Forschungsarbeiten geplant.

8.3.1.3. IEQ-EU

Der IEQ wurde ursprünglich in den Niederlanden von Schene und van Wijngaarden (1990) entwickelt, um die Auswirkung der Betreuung eines psychisch kranken Menschen auf seine Angehörigen oder andere Bezugspersonen zu untersuchen. Die deutsche Version IEQ-EU wurde von Bernert et al. (2001) erarbeitet. Erfragt wird das Belastungserleben des Angehörigen während der letzten vier Wochen. Dieses wird mittels 5-stufiger Likert-Skalen (nie, gelegentlich, regelmäßig, oft, fast immer) erhoben. Insgesamt bilden 31 Items den Kern des Fragebogens, von denen 27 in vier Subskalen eingeteilt werden können: Spannung, Kontrolle, Sorge und Drängen (Wijngaarden et al., 2000). Außerdem kann aus diesen 27 Items ein Summenscore gebildet werden. Neben den 31 Kernitems kann der Fragebogen um zusätzliche Module erweitert werden (ebd.). Da einige der Fragen aus den Extramodulen bereits im Eingangsfragebogen abgefragt wurden und aus ökonomischen Gründen wurden in der vorliegenden Pilotstudie die 31 Kernitems (abweichende Nummerierung vom Original) abgefragt (vgl. Tabelle 8.2 und Anhang B 6).

Tabelle 8.2: Überblick über den hier verwendeten IEQ-EU

Subskala	Beschreibung der Skala	Items	Erreichbare Punkte
Spannung	Erfasst die angespannte Beziehung zwischen dem Angehörigen und dem Patienten.	14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 27, 28	0–36
Kontrolle	Erfasst die Kontrolltätigkeiten des Angehörigen gegenüber dem Patienten.	7, 8, 9, 10, 11, 14	0–24
Sorge	Erfasst die Sorgen des Angehörigen in Bezug auf den Patienten.	22, 23, 24, 25, 26, 28	0–24
Drängen	Erfasst, wie häufig der Angehörige den Patienten aktiviert und motiviert hat.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 12, 13	0–32
Gesamt	Erfasst die Gesamtbelastung des Angehörigen.	1–20, 22–28	0–108

Laut den Autoren des Fragebogens weist die deutsche Version des IEQ-EU befriedigende bis gute psychometrische Kennwerte auf und ermöglicht es, die Belastung von Angehörigen international zu vergleichen (Bernert et al., 2001). Er eignet sich sowohl für die Forschung als auch für klinische Zwecke (Wijngaarden et al., 2000) und wurde in dieser Studie ausgewählt, da er wichtige Bereiche der Belastung Angehöriger abfragt, leicht zu verstehen ist und mit einer Bearbeitungszeit von etwa 10–15 Minuten relativ schnell durchführbar ist.

8.3.1.4. WHOQOL-BREF

Der WHOQOL-100 ist ein Instrument zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität mit 100 Items, die sechs Domänen d. h. unterschiedlichen Dimensionen von Lebensqualität zugeordnet werden können: Physisches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, Unabhängigkeit, Soziale Beziehungen, Umwelt und Religion/Spiritualität (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2002). Er sollte vor allem dann in der Forschung eingesetzt werden, wenn die umfangreiche Erfassung aller Aspekte der Lebensqualität das primäre Studienziel ist. Da sich jedoch der Umfang der Originalversion bei der Anwendung mit Patientengruppen als schwierig erwiesen hat, wurde die aus 26 Items bestehende Kurzversion WHOQOL-BREF entwickelt (ebd.). Diese eignet sich immer dann, wenn die Erfassung der Lebensqualität nur eine von mehreren Zieldimensionen ist, wie es in der vorliegenden Pilotstudie der Fall ist. Die Kurzversion erfasst – ebenso wie der WHOQOL-100 – alle Bereiche der Lebensqualität, wobei mehrere Domänen der Originalversion zusammengefasst wurden (ebd.). So besteht der WHOQOL-BREF nicht mehr aus sechs, sondern aus vier unterschiedlichen Dimensionen von Lebensqualität (Physisches

Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, Soziale Beziehungen, Umwelt) sowie einer aus zwei Items bestehenden Globalbeurteilung (vgl. Tabelle 8.3 und Anhang B 7).

Tabelle 8.3: Überblick über den Globalwert und die Domänen des WHOQOL-BREF

Globalbewertung der Lebensqualität	
Item	
1	„Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?“
2	„Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?“
Domäne 1: Physisches Wohlbefinden	
3	„Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?“
4	„Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?“
10	„Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?“
15	„Wie gut können Sie sich fortbewegen?“
16	„Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?“
17	„Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?“
18	„Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?“
Domäne 2: Psychisches Wohlbefinden	
5	„Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?“
6	„Betrachten Sie ihr Leben als sinnvoll?“
7	„Wie gut können Sie sich konzentrieren?“
11	„Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?“
19	„Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?“
26	„Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?“
Domäne 3: Soziale Beziehungen	
20	„Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?“
21	„Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?“
22	„Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?“
Domäne 4: Umwelt	
8	„Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?“
9	„Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?“
12	„Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?“
13	„Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?“
14	„Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?“
23	„Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?“
24	„Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen?“
25	„Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?“

Die verschiedenen Lebensqualitätsdomänen werden über 5-stufige Likert-Skalen erfasst: „wie stark“, „in welchem Umfang“, „wie oft“ und „wie zufrieden, glücklich oder gut“ sich die Teilnehmer in den vergangenen zwei Wochen fühlten (Skevington, Lotfy & O’Connell, 2004). Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der deutschen Version des WHOQOL-BREF liegt zwischen $\alpha = .57$ und $\alpha = .88$ (Angermeyer et al., 2002). Eine gute Validität zeigt sich besonders durch die Diskriminierungsfähigkeit des WHOQOL-BREF zwischen Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und gesunden Personen sowie zwischen Personen mit physischen und psychischen Erkrankungen (ebd.). Für den WHOQOL-BREF ($N = 2.055$) liegen altersspezifische Referenzwerte für den Altersbereich von 18 bis über 85 Jahre vor. Die Bearbeitungsdauer liegt bei ca. 5 bis 10 Minuten.

8.3.1.5. Feedbackfragebogen

Abschließend nach den 10 Sitzungen erhielten die Teilnehmer einen speziell entwickelten Feedbackfragebogen, der für die Evaluation der Gruppe wichtige Informationen erhob, z. B. wie hilfreich die Gruppe empfunden wurde, wie entlastet die Teilnehmer durch die Gruppe sind, ob sie die Gruppe anderen Angehörigen weiterempfehlen würden, wie gut sie sich über die Borderline-Persönlichkeitsstörung informiert fühlen, welche Themen ihnen besonders wichtig waren, ob sich durch die Gruppe ihre Einstellung zu dem entsprechenden Borderline-Patienten verändert hat etc. (s. Anhang B 8). Es wurden darüber hinaus zwei Fragen aus dem Eingangsfragebogen noch einmal im Feedback Fragebogen abgefragt. Und zwar zum einen die Frage nach der Qualität der Beziehung zum betroffenen Borderline-Patienten („Meine Beziehung zu dem Angehörigen empfinde ich als...“) und zum anderen die Frage nach der aktuellen Belastung der Angehörigen durch die psychischen Probleme des Erkrankten („Wie sehr belastet sind Sie derzeit durch die psychischen Probleme Ihres Angehörigen...“). Ziel war es, mögliche Veränderungen diesbezüglich durch die Teilnahme an der Gruppe herauszufinden.

8.3.2. Formative Evaluation

Zweck der formativen Evaluation war es, regelmäßige Rückmeldungen der Therapeuten und Angehörigen einzuholen, um das Manual kontinuierlich zu verbessern. So wurde mithilfe der Stundenbögen fortlaufend Feedback über die Sitzungen erhoben. Bei den beiden verwendeten Stundenbögen (GTS-A und GTS-T) handelt es sich um die von Zoubek (2013) entwickelten Fragebögen zur Patienten- und Therapeutenbewertungen einer Gruppentherapie. Die Stundenbögen wurden erst ab dem zweiten Durchlauf der Angehörigengruppen eingesetzt (vgl. Kapitel 8.2). Somit ergibt sich für die formative Evaluation keine Stichprobengröße von 33 Angehörigen, sondern nur von 22 Angehörigen.

8.3.2.1. Gruppentherapie – Angehörigenstundenbogen GTS-A

Nach jeder der 10 Sitzungen wurde ein Angehörigenstundenbogen von den Teilnehmern ausgefüllt, um die jeweilige Sitzung hinsichtlich unterschiedlicher Bewertungsdimensionen zu beurteilen. Ziel war es, die Veränderungen der Sitzungsbewertungen der Angehörigen über die Zeit zu erfassen. Dafür wurde die Studienfassung des Gruppentherapie-Patientenstundenbogens GTS-P von Zoubek (2013) verwendet. Obwohl laut der Autorin noch genauere Untersuchungen zur differenziellen, faktoriellen und prognostischen Validität empfohlen werden, ist er ein reliables, valides und praktikables Erhebungsinstrument (Zoubek, 2013). Er ist mit lediglich 8 Items sehr ökonomisch und hat sich für Patienten einer psychoedukativen Gruppentherapie bei wiederholten Messungen (nach jeder Sitzung) bewiesen (ebd.). Aus diesen Gründen wurde er für die Teilnehmer dieser Gruppentherapie übernommen und vom „Gruppentherapie-Patientenstundenbogen GTS-P“ zum „Gruppentherapie-Angehörigenstundenbogen GTS-A“ umbenannt. Die 8 Items sind als Selbstaussagen formuliert und fragen die subjektiven Beurteilungen der Teilnehmer der Gruppentherapie spezifisch für jede Sitzung ab. Inhaltlich erfragt er Merkmale, von denen angenommen wird, dass sie für eine erfolgreiche Gruppentherapie notwendig sind: *innere Beteiligung, aktive Mitwirkung, Nachvollziehbarkeit, Anregungen, Gruppe als hilfreich erleben, Gruppenatmosphäre, Zufriedenheit und Therapieform als erfolgsversprechend erleben* (vgl. Tabelle 8.4 und Anhang B 9). Damit erfasst er die instrumentellen Gruppenbedingungen (Grawe, 1980) und einige grundlegenden Gruppenwirkfaktoren nach Yalom (2007). Die Zuordnung der Items kann Tabelle 8.4 entnommen werden.

Tabelle 8.4: *Items des Gruppentherapie-Angehörigenstundenbogens (GTS-A), sortiert nach den instrumentellen Gruppenbedingungen und den Gruppenwirkfaktoren*

Items des Gruppentherapie- Angehörigenstundenbogens (GTS-A)	
Instrumentelle Gruppenbedingungen (Grawe, 1980)	Bezeichnung
6. Die Gruppenatmosphäre fand ich heute gut.	Kohäsion und Vertrauen
8. Nach der heutigen Sitzung denke ich, diese Therapieform ist für die Behandlung meiner Beschwerden erfolgsversprechend.	
2. Ich habe an der heutigen Sitzung aktiv mitgewirkt.	Arbeitshaltung und Offenheit
Gruppenwirkfaktoren (Yalom, 2007)	Bezeichnung
3. Die Inhalte der Sitzung konnte ich gut nachvollziehen.	Feedback und Unterstützung
4. Die heutige Sitzung hat mir Anregungen zur Bewältigung meiner Beschwerden gebracht.	
5. Ich habe die Gruppe heute als hilfreich empfunden.	

Items des Gruppentherapie- Angehörigenstundenbogens (GTS-A)	
Gruppenwirkfaktoren (Yalom, 2007)	Bezeichnung
1. Ich war an der Sitzung heute innerlich beteiligt.	Identifikation und Emotionsaktivierung
7. Insgesamt bin ich mit der heutigen Sitzung zufrieden.	Hoffnung
8. Nach der heutigen Sitzung denke ich, diese Therapieform ist für die Behandlung meiner Beschwerden erfolgsversprechend.	
5. Ich habe die Gruppe heute als hilfreich empfunden.	

Die Bewertung der 8 Items erfolgt mittels fünfstufiger Ratingskala: „trifft nicht zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft mittelmäßig zu“, „trifft eher zu“ und „trifft zu“. Zur Auswertung des Stundenbogens werden je nach Fragestellung der Summenscore aller 8 Items je Sitzung (generelle Sitzungsbewertung), der Mittelwert der Items insgesamt (unabhängig von der Sitzung) oder die Mittelwerte der einzelnen Items je Sitzung betrachtet.

8.3.2.2. Gruppentherapie – Therapeutenstundenbogen GTS-T

Um ein Feedback der Therapeuten zu jeder Sitzung zu erhalten, wurde die Endfassung des Therapeutenstundenbogens (GTS-T) von Zoubek (2013) eingesetzt. Dieser Fragebogen dient ebenso wie der Angehörigenstundenbogen der Prozessqualität und umfasst 12 Items und eine offen formulierte Frage, also vier Items mehr als der Angehörigenstundenbogen GTS-A. Die ersten sechs Items des GTS-T werden von den Therapeuten aus der Perspektive der Angehörigen beurteilt, die darauffolgenden sechs Items aus der Sicht der Therapeuten (vgl. Tabelle 8.5 und Anhang B 10).

So schätzen die Therapeuten die Gruppenteilnehmer bezüglich der Items 1–5 und 8 aus dem GTS-A ein. Zwei Items des GTS-A (Item 6 und 7) werden nicht von den Therapeuten aus der Perspektive der Angehörigen beantwortet. Item 6 aus dem GTS-A kommt ebenfalls im GTS-T vor (Item 7), jedoch wird dieses von den Gruppenleitern nicht aus Sicht der Teilnehmer, sondern aus eigener Sicht beurteilt („Die Gruppenatmosphäre fand ich heute gut“). Ebenso verhält es sich mit Item 7 aus dem GTS-A: Es entspricht dem Item 12 des GTS-T und wird aus Sicht der Gruppenleiter beantwortet („Ich bin mit der heutigen Sitzung insgesamt zufrieden“). Diese beiden Items erfassen die Gruppenwirkfaktoren aus therapeutischer Sicht. Durch die Parallelität der beiden Stundenbögen ist eine gute Vergleichbarkeit zwischen der Bewertung der Angehörigen und derjenigen der Therapeuten gegeben.

Tabelle 8.5: Gegenüberstellung der Items des GTS-A und des GTS-T

GTS-A Wird von den Angehörigen ausgefüllt	GTS-T Wird von den Therapeuten ausgefüllt
<i>Aus eigener Sicht</i>	<i>Aus Perspektive der Angehörigen</i>
1. Innere Beteiligung 2. Aktive Mitwirkung 3. Nachvollziehbarkeit 4. Anregungen 5. Gruppe hilfreich 6. Gruppenatmosphäre 7. Zufriedenheit 8. Therapieform erfolgsversprechend	1. Innere Beteiligung 2. Aktive Mitwirkung 3. Nachvollziehbarkeit 4. Anregungen 5. Gruppe hilfreich 6. Therapieform erfolgsversprechend
	<i>Aus eigener Sicht</i>
	7. Gruppenatmosphäre 8. Eingehen auf Anliegen der Angehörigen 9. Sitzung an Bedürfnissen der Angehörigen vorbeigegangen 10. Umsetzung des Manuals 11. Einbezug individueller Beispiele 12. Zufriedenheit 13. Verbesserungen des Manuals

Der GTS-T weist gute psychometrische Gütekriterien auf, wobei noch weitere Untersuchungen notwendig sind, um die Testgüte abschließend beurteilen zu können (Zoubek, 2013). Zur Auswertung des GTS-T werden je nach Fragestellung der Summenscore aller Items je Sitzung (generelle Sitzungsbewertung) oder der Mittelwert der Items insgesamt (unabhängig von der Sitzung) analysiert.

8.4. Überblick über den Untersuchungsablauf

Nachdem alle Fragebögen oben vorgestellt wurden, gibt Abbildung 8.2 einen genauen Überblick über das Studiendesign und den Ablauf der Pilotstudie. In dieser Übersicht sind auch alle Fragebögen aufgelistet, die zu t1 (prä) nach jeder der 10 Gruppensitzungen und zu t2 (post) von den Angehörigen bzw. den Gruppenleitern ausgefüllt werden.

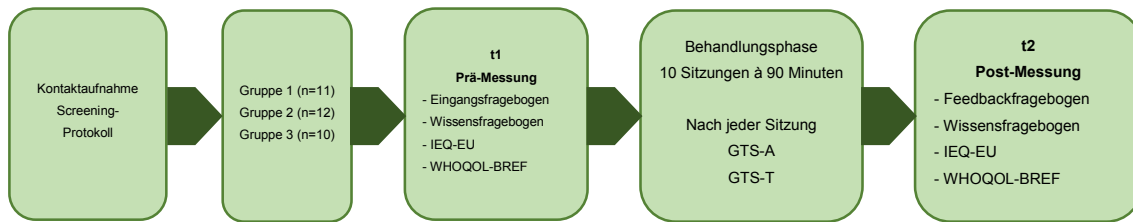


Abbildung 8.2: Darstellung des Untersuchungsablaufs, inklusive der verschiedenen Erhebungszeitpunkte und der eingesetzten Fragebögen

8.5. Stichproben

Im Folgenden wird sowohl die Stichprobe der Angehörigen als auch diejenige der zugehörigen BPS-Patienten beschrieben.

8.5.1. Stichprobenbeschreibung der Angehörigen

Stichprobengröße, Drop-out-Rate und Geschlecht

Insgesamt hatten sich 35 Angehörige für das Gruppenprogramm angemeldet. Zwei Angehörige haben ihre Teilnahme arbeitsbedingt kurzfristig abgesagt. Sie haben das Gruppenprogramm demzufolge nicht abgebrochen, sondern sind nie dazu angetreten. So nahmen 33 Angehörige, verteilt auf 3 Gruppen, an der Studie teil. Die erste Gruppe bestand aus 11, die zweite aus 12 und die dritte Gruppe aus 10 Teilnehmern. Keiner der Angehörigen brach die Therapie ab oder besuchte weniger als 5 Sitzungen. Somit konnten die Daten aller 33 Angehörigen ausgewertet werden. Von den Teilnehmern waren 19 Personen (58 %) weiblich und 14 Personen (42 %) männlich.

Beruf

Die berufliche Situation verteilt sich wie folgt: 12 Teilnehmer (37 %) hatten einen Hochschulabschluss, 11 (33 %) hatten eine Lehre gemacht, 8 (24 %) hatten die Fachschule oder Meisterschule besucht und 2 (6 %) eine „andere Berufsausbildung“ abgeschlossen. Vollzeitbeschäftigt waren 18 Teilnehmer (55 %), teilzeitbeschäftigt 8 (24 %) und 7 Angehörige (21 %) arbeiteten nicht.

Alter

Die Altersstruktur (vgl. Abbildung 8.3) zeigt eine hohe Streuung; die Teilnehmer waren zwischen 21 und 67 Jahre alt ($M = 46,3$; $SD = 11,1$). Ähnlich stark vertreten sind die beiden Altersgruppen von 40–49 ($n = 10$, 30 %) und 50–59 ($n = 12$; 37 %). Mit 6 Angehörigen (18 %) sind die 30- bis 39-Jährigen etwas seltener vertreten. Mit jeweils 3 (9 %) und zwei Personen (6 %) sind die beiden Altersgruppen von 20–29 und von 60–69 am kleinsten.

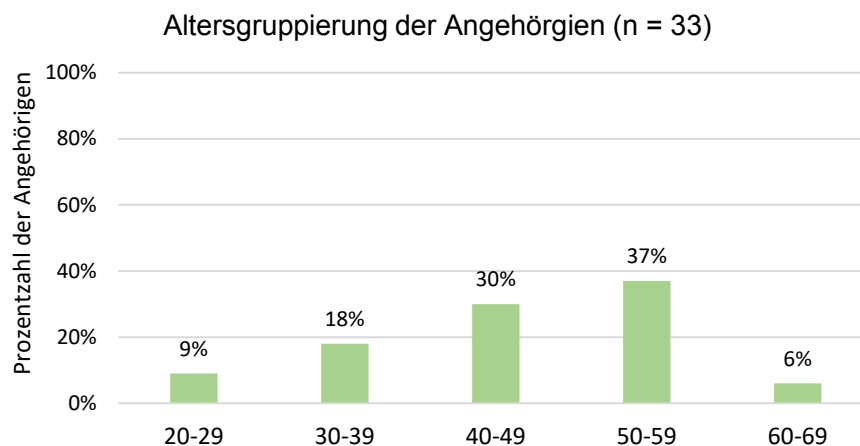


Abbildung 8.3: Altersverteilung der Angehörigen (n = 33) nach Altersklassen sortiert

Verwandtschaftsverhältnis der Angehörigen zum Patienten mit BPS

22 der 33 Angehörigen (67 %) waren mit dem Patienten mit BPS biologisch verwandt. 11 der Angehörigen (33 %) waren Ehe- oder Lebenspartner und eine Person (3 %) war mit dem Betroffenen befreundet. Unter den biologisch verwandten Angehörigen handelte es sich bei den meisten Teilnehmern (n = 18; 55 %) um die Eltern eines Betroffenen mit BPS und jeweils 2 (6 %) waren Kinder eines Betroffenen mit BPS oder Bruder/Schwester. Die beiden größten Subgruppen waren damit Partner (n = 10, 30 %) und Eltern (n = 18, 55 %) eines Betroffenen (vgl. Abbildung 8.4).

Beziehungsverhältnis der Angehörigen (n = 33) zum Patienten mit BPS

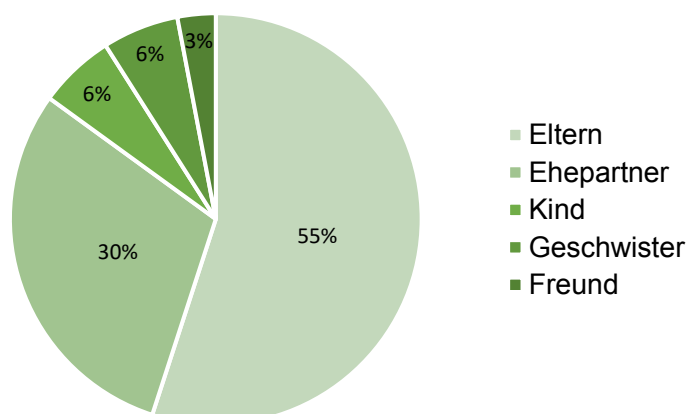


Abbildung 8.4: Beziehungsverhältnis der Angehörigen (n = 33) zum Patienten mit BPS

Kontakthäufigkeit und Beziehung zum Patienten mit BPS

Etwa die Hälfte der Angehörigen (n = 16; 49 %) wohnte mit dem Patienten mit BPS in einem gemeinsamen Haushalt. Die Kontakthäufigkeiten zum Patienten mit BPS wurden in Kategorien eingeteilt und verteilten sich wie folgt: 12 der Teilnehmer (36 %) hatten täglich Kontakt zu dem Patienten, jeweils zu gleichen Teilen hatten 7 Teilnehmer (21 %) 2–6 Mal pro Woche, 7 Teilnehmer (21 %) nur einmal und 7 Teilnehmer (21 %) seltener Kontakt. Die Beziehung zum Patienten mit BPS beschrieben 8 Teilnehmer (24 %) als sehr gut, 16 Teilnehmer (49 %) als gut, 6 (18 %) als mäßig und 3 (9 %) als schlecht.

Häufigkeiten zuvor besuchter Angehörigengruppen

Von den 33 Angehörigen hatten 24 (73 %) vorher noch nie, 5 Personen (15 %) bereits einmal und 4 Personen (12 %) bereits mehrmals an einer Angehörigengruppe teilgenommen. Bei den zuvor besuchten Angehörigengruppen handelte es sich ausschließlich um den „Borderline-Trialog München“ (Erfahrungs- und Wissensaustausch zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten, der zweimal jährlich in einem Zyklus von je vier zweistündigen Treffen stattfindet). Es ist unklar, ob mit der oben genannten Anzahl an Besuchen einzelne zweistündige Treffen oder ganze Zyklen gemeint sind. Niemand hatte vor der Teilnahme an dieser Studie an einer spezifischen Psychoedukationsgruppe teilgenommen.

Belastung durch Patienten mit BPS

6 Personen (18 %) gaben an, „etwas“ durch die psychischen Probleme des Patienten mit BPS belastet zu sein, 7 (21 %) „ziemlich“ und 20 (61 %) „stark“.

Anzahl besuchter Sitzungen und Anwesenheit

Um in die Berechnungen miteinbezogen zu werden, mussten die Angehörigen an mindestens 5 der 10 Sitzungen teilgenommen haben (vgl. Kapitel 8.2). Niemand der Angehörigen hat weniger als 5 Sitzungen besucht; dadurch konnten alle Angehörigen in die Berechnungen miteinbezogen werden. 5 Angehörige (15 %) besuchten alle 10 Sitzungen, 9 Angehörige (28 %) besuchten 9 Sitzungen, 6 Angehörige (18 %) besuchten 8 Sitzungen, 7 Angehörige (21 %) besuchten 7 Sitzungen, 4 Angehörige (12 %) besuchten 6 Sitzungen und 2 Angehörige (6 %) besuchten 5 Sitzungen. Die Mehrheit der Teilnehmer (n = 20; 61 %) nahm damit an mindestens 8 Sitzungen teil und 13 Personen (39 %) besuchten 5 bis 7 Sitzungen. Damit waren in jeder der 10 Gruppensitzungen mindestens 70 % der teilnehmenden Angehörigen anwesend (vgl. Abbildung 8.5).

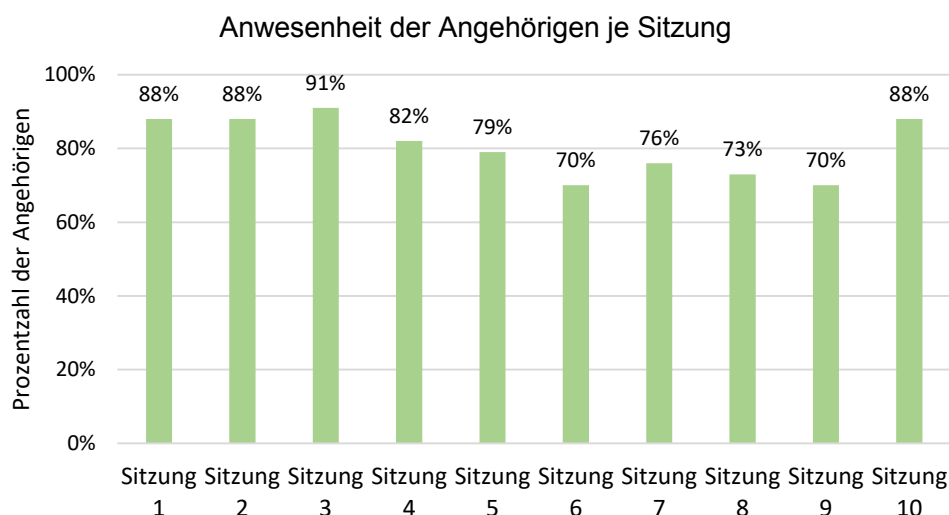


Abbildung 8.5: Überblick über die Anwesenheit der Angehörigen je Sitzung (n = 33)

8.5.2. Stichprobenbeschreibung der zugehörigen Patienten mit BPS

Geschlecht und Beschäftigung

Fast alle Betroffenen mit BPS (n = 31; 94 %) waren weiblich, nur zwei Patienten (6 %) männlich. Bei den beiden männlichen Patienten handelte es sich jeweils um den Lebenspartner eines Teilnehmers bzw. einer Teilnehmerin. Etwa die Hälfte der Patienten (n = 15; 46 %) ging einer regelmäßigen Beschäftigung nach.

Dauer der Diagnose und Komorbiditäten des Betroffenen mit BPS

Die meisten (n = 17; 52 %) Patienten mit BPS hatten die Diagnose bereits seit 1–5 Jahren, 3 (9 %) hatten die Diagnose erst seit 1–6 Monaten und jeweils 4 Patienten (12 %) hatten die Diagnose seit 7–12 Monaten oder 6–10 Jahren. 5 (15 %) der Angehörigen wussten nicht, wann der jeweilige Patient mit BPS die Diagnose erhalten hatte. Etwa die Hälfte (n = 16; 49 %) der Patienten hatten zusätzlich zur BPS mindestens (Mehrfachantworten möglich) eine weitere komorbide diagnostizierte Störung. Bei den Komorbiditäten handelte es sich um Depression (n = 9; 27 %), Essstörungen (n = 6; 18 %), Posttraumatische Belastungsstörung (n = 2; 6 %), soziale Phobie (n = 2; 6 %), andere Angststörungen (n = 1; 3 %), Schizoaffective Störung (n = 1; 3 %), ADHS (n = 1; 3 %) und Substanzmissbrauch (n = 1; 3 %).

Schwere der Symptome

6 Angehörige (18 %) schätzen ihren Patienten mit BPS als „extrem schwer krank“ ein; 6 (18 %) als „schwer krank“; 16 (49 %) als „deutlich krank“; 4 (12 %) als „mäßig krank“ und

ein Angehöriger (3 %) schätzte seinen Patienten als „leicht krank“ ein. Niemand schätzte den Betroffenen als „überhaupt nicht krank“ ein.

Anzahl der stationären Aufenthalte

9 der Patienten (27 %) waren noch nie in stationärer Behandlung; 5 Patienten (15 %) einmal, 12 (37 %) zwei- bis viermal; 6 (18 %) fünf- bis siebenmal und ein Patient (3 %) war bereits über zehnmal in stationärer Behandlung.

Derzeitige Behandlung des Patienten

Bei dieser Frage waren Mehrfachantworten möglich. Zum Zeitpunkt der Psychoedukationsgruppe waren 7 Patienten (21 %) in stationärer Behandlung, 10 Patienten (30 %) bei einem ambulanten Psychiater angebunden, 12 (36 %) bei einem ambulanten Psychotherapeuten, 2 Patienten (6 %) in einer Tagesklinik und 6 Patienten (18 %) waren in gar keiner Behandlung. Ein Patient (3 %) befand sich in „anderer professioneller Beratung“.

Dauer der professionellen Behandlung

Etwa die Hälfte der Patienten ($n = 14$; 42,5 %) war erst seit 12 Monaten in professioneller Behandlung, weitere 14 Patienten (42,5 %) seit über einem Jahr in Behandlung und bei den restlichen 5 Patienten (15 %) wussten die Angehörigen nicht, wie lange ihr Patient mit BPS bereits in Behandlung war.

8.6. Statistische Auswertung

Die Auswertung und Aufbereitung der Daten erfolgte mithilfe des Statistikprogramms IBM® SPSS® Statistics Version 23 und Microsoft® Excel für Mac 16.16.7. Zur Überprüfung der oben beschriebenen Fragestellungen wurde jeweils ein Signifikanzniveau von $\alpha = 0.05$ zugrunde gelegt. Um keinen Fehler 1. Art (Alphafehler) zu begehen (signifikanter Effekt wird angenommen, obwohl dies nicht der Fall ist), wurde das Signifikanzniveau mittels der Bonferroni-Holm-Korrektur korrigiert.

Zur übersichtlichen Aufbereitung der Daten wurden für intervallskalierte Variablen Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet. Die Normalverteilungsannahme der Daten wurde mit dem Shapiro-Wilk-Test überprüft. Zur Untersuchung der Prä-post-Fragestellungen wurde bei normalverteilten Variablen der t-Test für abhängige Stichproben verwendet, bei nicht-normal verteilten Variablen der Wilcoxon-Test und zur Untersuchung von Gruppenunterschieden wurde der Mann-Whitney-U-Test gewählt.

Um die Bedeutsamkeit der gefundenen Effekte bezüglich der Mittelwertunterschiede (t-Tests) einschätzen zu können, wurde die Effektstärke d von Cohen (1988) bestimmt

durch: $\frac{M_{prä} - M_{post}}{SD_{pooled}}$. Wobei die gepoolte Varianz über folgende Formel berechnet wird:

$$SD_{pooled} = \sqrt{\frac{SD_{prä}^2 + SD_{post}^2}{2}}$$

Interpretiert werden Effektstärken normalerweise von 0.2 bis 0.5 als kleiner Effekt, von 0.5 bis 0.8 als mittlerer Effekt und ab 0.8 als großer Effekt (ebd.). Da die Effektstärken für unkontrollierte Prä-post-Designs im Allgemeinen größer ausfallen (Maier-Riehle & Zwingmann, 2000), empfehlen Mestel & Lutz (2002) eine Adjustierung der Effektstärke d bei Studien ohne Kontrollgruppe um + 0.1, wodurch sich für die vorliegende Arbeit folgende Interpretation der Effektstärkemaße ergibt: Ab 0.3 ist es ein kleiner Effekt, ab 0.6 ein mittlerer Effekt und ab 0.9 ein großer Effekt. Die Effektstärken der non-parametrischen Tests (Wilcoxon- bzw. Mann-Whitney-U) wurden über den Korrelationskoeffizienten r nach Pearson berechnet: $r = \left| \frac{z}{\sqrt{n}} \right|$. Die Effektstärke bewegt sich dabei immer zwischen 0 (kein Effekt) und 1 (maximaler Effekt). Werte ab 0.1 gelten als kleiner Effekt, ab 0.3 als mittlerer Effekt und ab einem Wert von 0.5 kann von einem großen Effekt ausgegangen werden (Cohen, 1988).

Zur Untersuchung von Zusammenhängen diente die Korrelationsanalyse. Zur Berechnung der Korrelationen wurden für nominale und ordinale Skalenpaare der Chi²-Test, für nominale und metrische Skalenpaare der Eta-Koeffizient, für zwei ordinale bzw. für ordinale und metrische Skalenpaare Spearmans r_{sp} und für zwei metrische Skalenpaare Pearsons r berechnet.

9. Ergebnisse

Gemäß der bisherigen Darstellung werden die Ergebnisse zunächst der summativen und nachfolgend die Ergebnisse der formativen Evaluation vorgestellt.

9.1. Ergebnisse der summativen Evaluation

Im Folgenden werden die Ergebnisse der summativen Evaluation dargestellt. Dazu gehören (nach einer Überprüfung der Daten auf Normalverteilung) die Auswertungen des Wissensfragebogens, des IEQ-EU, des WHOQOL-BREF und des Feedbackfragebogens.

9.1.1. Überprüfung der Daten auf Normalverteilung

Um den entsprechenden Test auswählen zu können, wurden vor den statistischen Analysen die Daten aller intervallskalierten Variablen auf ihre Normalverteilung hin überprüft (vgl. Tabelle 9.1). Von einer Normalverteilung wird ausgegangen, wenn der Shapiro-Wilk-Test *nicht* signifikant geworden ist, wenn also die Signifikanz > 0.05 ist. Ist der Shapiro-Wilk-Test hingegen signifikant geworden ($p < 0.05$), liegt eine Verletzung der Normalverteilungsannahme vor.

Tabelle 9.1: Übersicht über die Ergebnisse des Shapiro-Wilk-Tests zur Überprüfung der Normalverteilung der Variablen der summativen Evaluation

	t1 (prä)		t2 (post)	
	Shapiro-Wilk-W	p	Shapiro-Wilk-W	p
Wissen Gesamtscore	0.978	0.736	0.954	0.175
IEQ-EU Spannung	0.966	0.379	0.933	0.044*
IEQ-EU Kontrolle	0.836	0.000*	0.915	0.013*
IEQ-EU Sorgen	0.953	0.167	0.757	0.000*
IEQ-EU Drängen	0.876	0.001*	0.742	0.000*
IEQ-EU Gesamtscore	0.976	0.652	0.944	0.091
WHOQOL Physisch	0.965	0.353	0.964	0.327
WHOQOL Psychisch	0.963	0.322	0.869	0.001*
WHOQOL Soziale Beziehungen	0.958	0.224	0.956	0.198
WHOQOL Umwelt	0.961	0.271	0.963	0.319
WHOQOL Globalwert	0.897	0.004*	0.954	0.173

Anmerkung* = bei $p < 0.05$ Verletzung der Normalverteilungsannahme

Wie Tabelle 9.1 zeigt, liegen überwiegend keine signifikanten Abweichungen der Daten von der Normalverteilung vor ($p > 0.05$) mit folgenden Ausnahmen:

- die Subskala *Spannung* zu t2 ($W = 0.933$; $p = 0.044$),
- die Subskala *Kontrolle* zu t1 und t2 ($W = 0.836$; $p = 0.000$; $W = 0.915$, $p = 0.013$),
- die Subskala *Sorgen* zu t2 ($W = 0.757$; $p = 0.000$),
- die Subskala *Drängen* zu t1 und t2 ($W = 0.876$; $p = 0.001$; $W = 0.742$; $p = 0.000$),
- der Globalwert des WHOQOL-BREF zu t1 ($W = 0.897$, $p = 0.004$)
- und die Dimension *Psychisch* des WHOQOL-BREF zu t2 ($W = 0.869$; $p = 0.001$).

9.1.2. Krankheitswissen

Die Überprüfung des Krankheitswissens erfolgte über den Wissensfragebogen. Nach der Teilnahme an der Psychoedukationsgruppe beantworteten die Angehörigen im Wissensfragebogen signifikant mehr Antworten richtig ($t(32) = -7.180$, $p = 0.000$; vgl. Abbildung 9.1). Der p -Wert hält der Bonferroni Holm-Adjustierung stand ($p_{\text{korrigiert}} = 0.000$). Insgesamt stieg also das Krankheitswissen nach der Teilnahme an der Psychoedukationsgruppe signifikant an und zwar von t1 ($M = 44.03$; $SD = 12.77$) auf t2 ($M = 58.82$; $SD = 9.65$). Die Angehörigen kreuzten vor dem Gruppendurchlauf durchschnittlich 51 % der Fragen im Wissensfragebogen richtig an, wohingegen sie nach dem Gruppendurchlauf durchschnittlich 69 % der Fragen richtig beantworteten. Dies entspricht einer Zunahme von korrekten Antworten von 35 %. Es ergibt sich für die Mittelwertunterschiede beim Wissenszuwachs eine Effektstärke von $d = 1.3$, was als großer Effekt interpretiert werden kann.

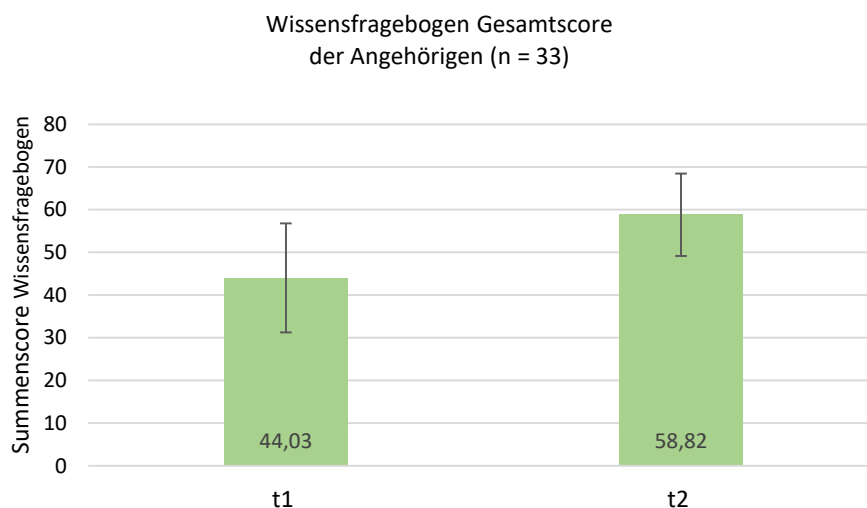


Abbildung 9.1: Vergleich der Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamtscores des Wissensfragebogens der Angehörigen ($n = 33$) vor dem Gruppendurchlauf (t1) und danach (t2)

Im Einzelnen zeigt sich nach der Bonferroni-Holm-Korrektur bei den Fragen 1, 4, 5, 6, 11, 12 und 13 ein signifikanter Unterschied von t1 zu t2. Bei den Fragen 2, 3, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16 und 17 zeigt sich kein signifikanter Unterschied (vgl. Tabelle 9.2).

Tabelle 9.2: Übersicht über den Wissenszuwachs der einzelnen Fragen des Wissensfragebogens

	t1		t2		t-Wert	p _{korrigiert}
	M	SD	M	SD		
Frage 1	2.33	2.22	3.67	1.38	-3.22	0.036
Frage 2	3.48	1.50	3.73	1.48	-0.75	1
Frage 3	2.76	1.64	3.48	1.12	-2.33	0.182
Frage 4	2.15	1.80	3.55	1.60	-4.73	0.000
Frage 5	1.48	2.24	2.70	2.19	-3.73	0.014
Frage 6	2.03	2.00	3.60	1.54	-4.42	0.000
Frage 7	0.64	2.52	1.67	2.38	-2.16	0.234
Frage 8	1.24	1.92	1.55	2.08	-0.80	1
Frage 9	3.30	1.51	3.42	1.71	-0.35	1
Frage 10	1.30	1.59	1.90	1.74	-1.58	0.625
Frage 11	2.64	1.37	4.45	0.90	-6.83	0.000
Frage 12	2.09	1.23	3.42	1.64	-3.55	0.014
Frage 13	2.94	1.46	3.85	1.23	-3.14	0.044
Frage 14	3.67	1.55	4.27	1.20	-2.55	0.144
Frage 15	4.45	1.03	4.64	0.93	-1.36	0.736
Frage 16	3.73	1.64	4.52	1.12	-2.52	0.144
Frage 17	3.79	1.22	4.39	1.06	-2.73	1

Auch bei der Betrachtung der beiden Gesamtscores (t1 und t2) jedes Angehörigen wird der Wissenszuwachs deutlich. Abbildung 9.2 kann entnommen werden, wie sich das Wissen jedes einzelnen Teilnehmers von t1 zu t2 verbessert hat. Bei lediglich zwei Teilnehmern (Nr. 7 und 25) wurden zum Zeitpunkt t2 mehr falsche Antworten gezählt als zum Zeitpunkt t1: Der Angehörige 7 verschlechterte sich von 51 auf 43 Punkte und der Angehörige 25 von 67 auf 53 Punkte. Die Person 32 hat zu t1 und t2 den gleichen Wissensscore von überdurchschnittlichen 71 Punkten.

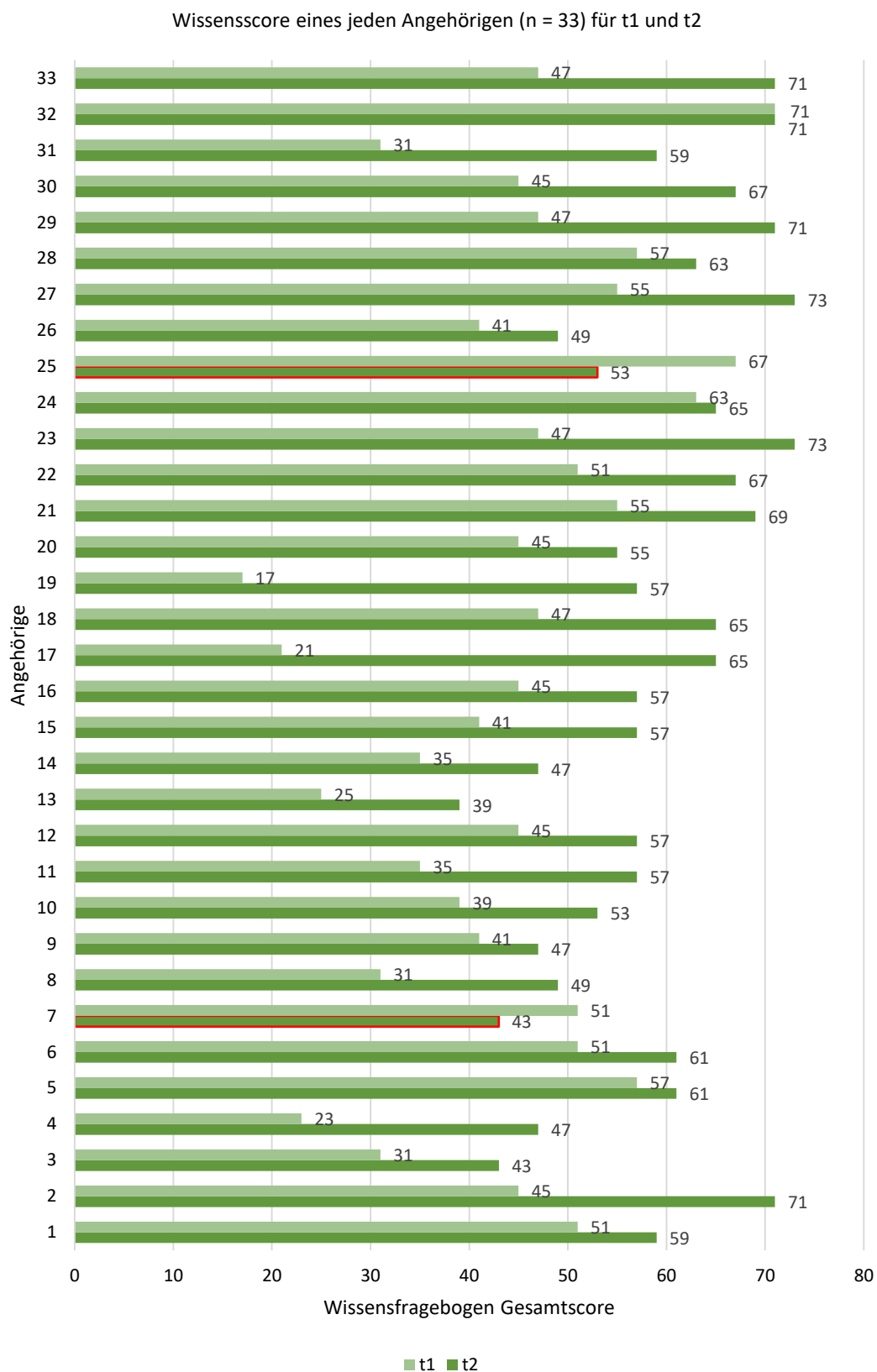


Abbildung 9.2: Vergleich der Wissensscores eines jeden Angehörigen (n = 33) vor dem Gruppendurchlauf (t1) und danach (t2)

Betrachtet man die einzelnen Fragen des Wissensfragebogens, so ist bei jeder der 17 Fragen zu t2 ein Wissenszuwachs zu beobachten (vgl. Abbildung 9.3). Der größte Zuwachs ist bei Frage 11 (psychotherapeutische Behandlungsmethoden) zu erkennen und zwar von $M = 2.6$ ($SD = 1.3$) zu t1 auf $M = 4.5$ ($SD = 0.9$) zu t2. Bei den Fragen 2, 8, 9 und 15 sind die Unterschiede von t1 zu t2 am geringsten. Frage 7 (Psychopharmaka) wurde zu t1 am schlechtesten bewertet ($M = 0.6$, $SD = 2.5$) und ist auch zu t2 noch diejenige Frage, die am zweit schlechtesten beantwortet wurde ($M = 1.7$, $SD = 2.4$).

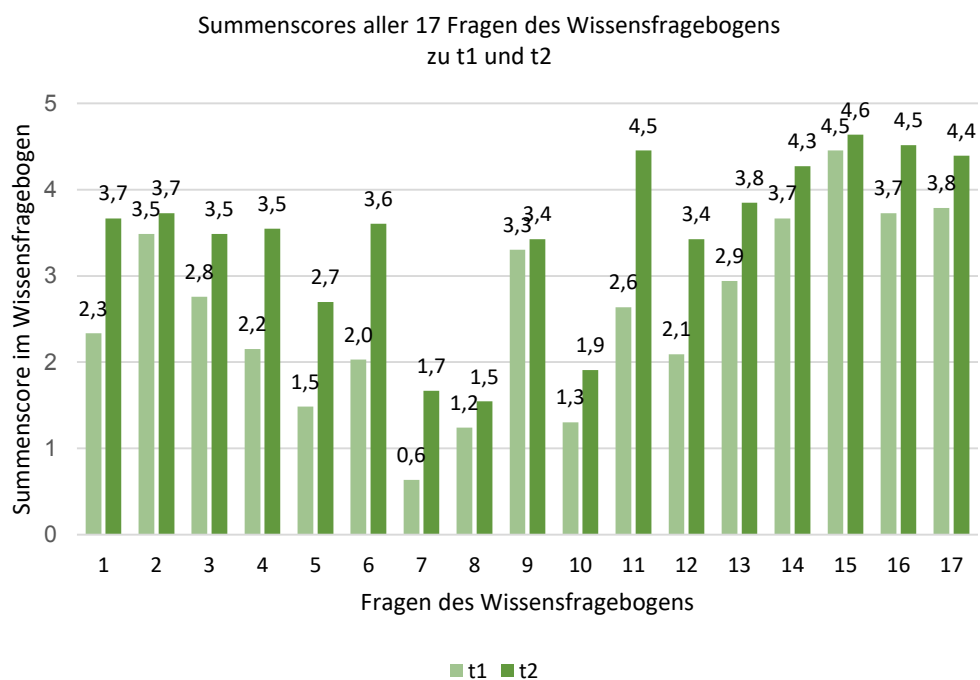


Abbildung 9.3: Summenscores (Mittelwerte) der einzelnen Fragen im Wissensfragebogen vor dem Gruppendurchlauf (t1) und danach (t2)

Da das Abschneiden in Wissenstests häufig bildungsabhängig ist, wurde untersucht, ob es Unterschiede im Wissenszuwachs in Abhängigkeit von der Schulbildung gibt. Diese Prüfung ergab keine Unterschiede: Sowohl die Personen mit einer Lehre als auch die Personen, die eine Fachschule/Meisterschule oder eine Hochschule besucht hatten, zeigten einen signifikanten Wissenszuwachs (vgl. Abbildung 9.4).

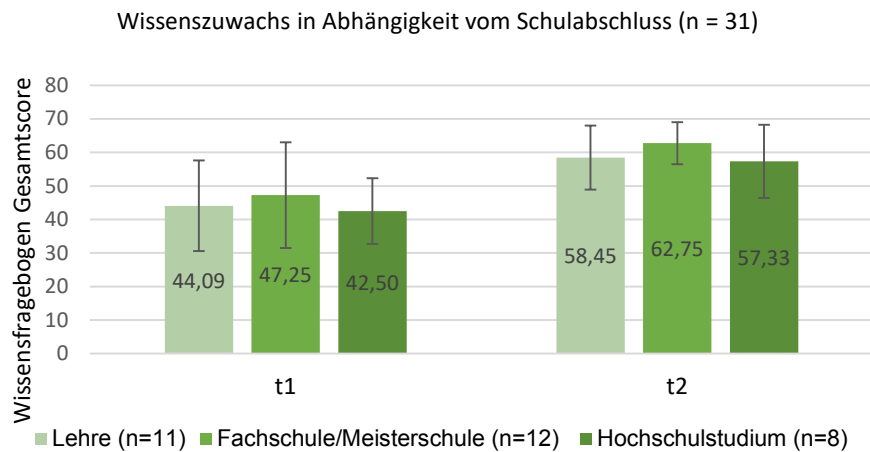


Abbildung 9.4: Vergleich der Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamtscores des Wissensfragebogens vor dem Gruppendurchlauf (t1) und danach (t2) in Abhängigkeit vom Schulabschluss

Bei den Angehörigen mit einer Lehre stieg der Mittelwert des Wissensfragebogens von 44.09 (SD = 13.52) Punkten zu t1 auf 58.45 (SD = 9.55) Punkte zu t2; t-Test $t(10) = -4.15$, $p = 0.002$, $p_{\text{koriert}} = 0.004$; bei den Angehörigen, die eine Fach- oder Meisterschule besucht haben, von 47.25 (SD = 15.76) auf 62.75 (SD = 6.27) Punkte; t-Test $t(7) = -2.46$, $p = 0.043$, $p_{\text{koriert}} = 0.045$. Bei den Angehörigen mit einem Hochschulstudium stieg der Wissenszuwachs von 42.50 (SD = 9.80) auf 57.33 (SD = 10.91) Punkte; t-Test $t(11) = -5.58$, $p = 0.000$, $p_{\text{koriert}} = 0.000$.

Auch zeigt sich kein Unterschied im Wissenszuwachs bezüglich der Geschlechter: Sowohl die Männer ($t(13) = -4.19$, $p = 0.001$), als auch die Frauen ($t(18) = -6.81$, $p = 0.000$) haben zu t2 einen signifikant höheren Score im Wissensfragebogen als zu t1. Beide p -Werte halten der Korrektur stand: $p_{\text{koriert Männer}} = 0.003$, $p_{\text{koriert Frauen}} = 0.000$.

9.1.3. Belastungserleben

Die Gesamtbelastung (IEQ-EU) sinkt signifikant von t1 (M = 26.52; SD = 13.75) auf t2 (M = 19.21; SD = 12.86); t-Test $t(32) = 3.546$, $p = 0.001$, $p_{\text{koriert}} = 0.002$ (vgl. Abbildung 9.5). Die Effektstärke liegt bei $r = 0.58$, was einem starken Effekt entspricht.

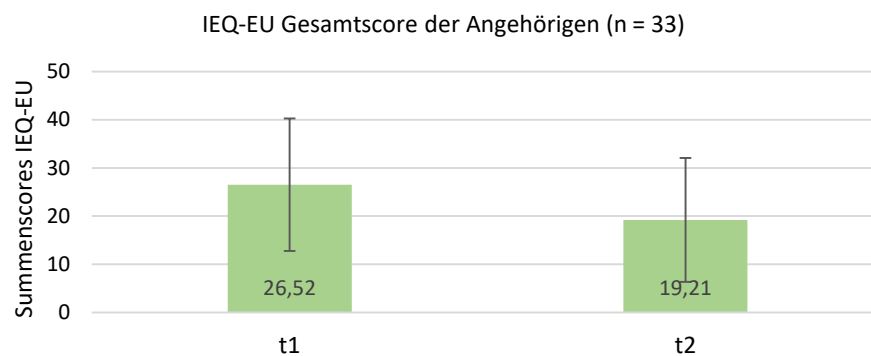


Abbildung 9.5: Vergleich der Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamtscores des IEQ-EU der Angehörigen (n = 33) vor dem Gruppendurchlauf (t1) und danach (t2)

Mit dem Wilcoxon-Test wurden die Belastungsunterschiede auf Ebene der vier Subskalen überprüft. Es ergeben sich auf allen vier Subskalen ebenfalls signifikante Unterschiede von t1 zu t2 ($p < 0.05$). Dabei liegen die Effektstärken von drei der vier Subskalen (*Kontrolle*, *Sorgen*, *Drängen*) im hohen Bereich, $r > 0.5$; die Effektstärke der Subskala *Spannung* liegt im mittleren Bereich, $r = 0.39$ (vgl. Tabelle 9.3).

Tabelle 9.3: Belastungsabnahme insgesamt im IEQ-EU (n = 33)

IEQ-EU Subskala	t1		t2		z-Wert	$p_{\text{korrigiert}}$	Effektstärke r
	M	SD	M	SD			
Spannung	9,4	5,3	7,3	5,2	-2.22	0.027	0.39
Kontrolle	6,7	3,1	2,7	4,9	-3.46	0.002	0.60
Sorgen	9,7	5,4	3,9	4,9	-4.11	0.000	0.72
Drängen	4,8	4,2	1,3	1,8	-3.31	0.000	0.58
t-Wert							
Gesamt	26,52	13,75	19,21	12,86	3.546	0.002	0.58

Die Suche nach geschlechtsspezifischen Unterschieden bei der Belastungsabnahme ergab, dass die männlichen Angehörigen vor dem Gruppendurchlauf einen höheren Mittelwert ($M = 28$, $SD = 16.97$) im IEQ-EU aufweisen als die weiblichen ($M = 25.42$, $SD = 11.18$). Dies ist auch nach der Teilnahme an der Psychoedukationsgruppe noch der Fall, d. h., der Mittelwert der männlichen Personen ist auch nach Teilnahme an der Gruppe höher ($M = 22.64$, $SD = 15.26$) als derjenige der weiblichen Teilnehmer ($M = 16.68$, $SD = 10.48$). Der Unterschied in der Belastung von t1 zu t2 ist bei den männlichen Angehörigen nicht signifikant (t-Test (13) = 1.262, $p = 0.229$); bei den weiblichen

Angehörigen hingegen ist die Reduktion signifikant (t -Test (18) = 4.850, $p = 0.000$) und hält der Alphafehler-Korrektur stand, $p_{\text{koriert}} = 0.006$ (vgl. Abbildung 9.6).

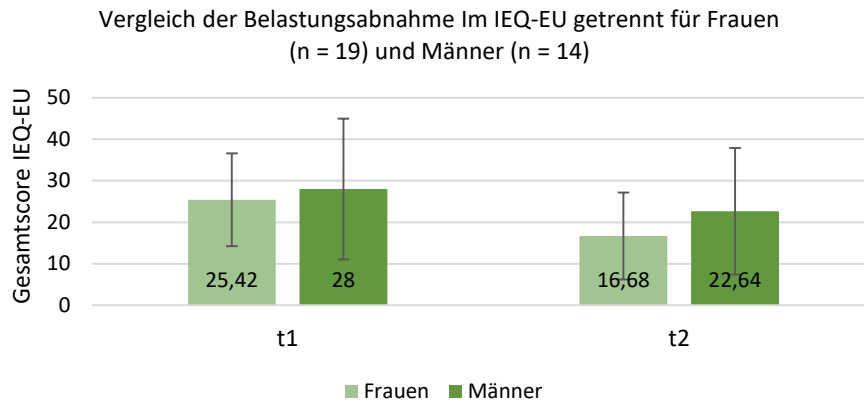


Abbildung 9.6: Vergleich der Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamtscores des IEQ-EU getrennt für Frauen (n = 19) und Männer (n = 14) vor dem Gruppendurchlauf (t1) und danach (t2)

Obwohl die Gesamtbelastungsreduktion bei den männlichen Gruppenteilnehmern nicht signifikant ist, ist die Belastungsabnahme auf drei der vier Subskalen (*Kontrolle*, *Sorgen*, *Drängen*) schon signifikant ($p < 0.05$). Lediglich die Belastungsreduktion auf der Subskala *Spannung* ($z = -0.91$, $p = 0.363$) ist nicht signifikant. Der Alphafehleradjustierung hält nur die Belastungsreduktion auf der Subskala *Drängen* stand (vgl. Tabelle 9.4). Bei den weiblichen Angehörigen ist die Belastungsreduktion auf allen vier Subskalen signifikant ($p < 0.05$) und hält der Bonferroni-Holm-Korrektur stand.

Tabelle 9.4: Vergleich der Belastungsabnahme im IEQ-EU zwischen weiblichen und männlichen Angehörigen

IEQ-EU Subskala	Frauen (n = 19)		Männer (n = 14)	
	z-Wert	p_{koriert}	z-Wert	p_{koriert}
Spannung	-2.14	0.032	-0.91	0.458
Kontrolle	-2.56	0.020	-2.36	0.072
Sorgen	-3.73	0.000	-2.05	0.120
Drängen	-3.60	0.000	-2.64	0.040
	t-Wert		t-Wert	
Gesamt	4.85	0.000	1.26	0.458

Es wurde mit dem Wilcoxon-Test geprüft, ob es Unterschiede bezüglich der Art der Beziehung zum BPS-Patienten und der Belastungsreduktion gibt. Dafür wurden die zwei

Hauptsubgruppen Partner ($n = 10$) und Eltern ($n = 18$) eines Betroffenen untersucht. Nach der Bonferroni-Holm-Korrektur ist bei den Partnern lediglich eine signifikante Tendenz in Bezug auf die Belastungsreduktion zu erkennen (vgl. Tabelle 9.5). Die Belastung der Eltern hingegen verbesserte sich auf fast allen Subskalen signifikant ($p_{\text{koriert}} < 0.05$), nur nicht auf der Subskala *Spannung*. Mittels t-Test wurde die Gesamtbelastungsreduktion ermittelt und ergibt bei den Eltern eine signifikante Entlastung ($p_{\text{koriert}} = 0.010$) und bei den Partnern knapp nicht ($p_{\text{koriert}} = 0.055$).

Tabelle 9.5: Vergleich der Belastungsabnahme im IEQ-EU zwischen Eltern und Partnern

IEQ-EU Subskala	Eltern ($n = 18$)		Partner ($n = 10$)	
	z-Wert	p_{koriert}	z-Wert	p_{koriert}
Spannung	-1.36	0.176	-2.54	0.055
Kontrolle	-3.36	0.003	-1.96	0.072
Sorgen	-3.63	0.000	-2.52	0.055
Drängen	-3.53	0.000	-2.10	0.072
	t-Wert		t-Wert	
Gesamt	3.19	0.010	3.02	0.055

Zur weiteren Untersuchung wurden Partner ($n = 10$) und der Freund ($n = 1$) als nicht biologisch verwandte Bezugspersonen zum BPS-Patienten summiert sowie Eltern ($n = 18$), Kinder ($n = 2$) und Geschwister ($n = 2$) als biologisch verwandte Familienangehörige. Die Berechnung des Wilcoxon-Tests zeigt, dass beide Subgruppen signifikante Ergebnisse erzielen (vgl. Tabelle 9.6).

Tabelle 9.6: Belastungsabnahme im IEQ-EU für biologisch verwandte und nicht verwandte Angehörige

IEQ-EU Subskala	verwandte Familienangehörige ($n = 22$)		nicht verwandte Bezugspersonen ($n = 11$)	
	z-Wert	p_{koriert}	z-Wert	p_{koriert}
Spannung	-0.73	0.464	-2.68	0.042
Kontrolle	-3.45	0.004	-1.24	0.214
Sorgen	-3.19	0.000	-2.67	0.042
Drängen	-3.83	0.004	-2.32	0.060
	t-Wert		t-Wert	
Gesamt	2.39	0.052	2.76	0.060

Die biologisch verwandten Familienangehörigen reduzierten ihre Belastung signifikant auf den Subskalen *Kontrolle*, *Sorgen* und *Drängen*, die nicht verwandten Bezugspersonen auf den Subskalen *Spannung* und *Sorgen* (vgl. Tabelle 9.6). Die Berechnung des t-Tests zur Überprüfung der Reduktion der Gesamtbelastung ergibt, dass sich insgesamt weder die Belastung der verwandten Familienangehörigen noch die der nicht verwandten Bezugspersonen signifikant reduzierte ($p_{\text{koriert}} > 0.05$).

Des Weiteren wurde die Belastungsreduktion in Bezug auf Angehörige verglichen, die mit dem BPS-Patienten in einem Haushalt leben bzw. nicht mit ihm in einem Haushalt leben. Angehörige, die ohne den Betroffenen lebten, zeigen auf allen Skalen des IEQ-EU eine signifikante Belastungsabnahme (vgl. Tabelle 9.7). Angehörige, die mit dem Patienten lebten, zeigen lediglich auf den Skalen *Kontrolle* und *Drängen* eine signifikante Entlastung.

Tabelle 9.7: *Belastungsabnahme im IEQ-EU der Angehörigen mit/ohne gemeinsamen Haushalt mit dem BPS-Patienten*

IEQ-EU Subskala	gem. Haushalt (n = 16)		kein gem. Haushalt (n = 17)	
	z-Wert	p_{koriert}	z-Wert	p_{koriert}
Spannung	-0.09	0.932	-3.17	0.004
Kontrolle	-2.93	0.040	-2.04	0.041
Sorgen	-2.12	0.204	-3.63	0.042
Drängen	-3.05	0.040	-3.19	0.000
	t-Wert		t-Wert	
Gesamt	2.39	0.396	2.76	0.006

Im Feedbackfragebogen (t2) wurden zwei Fragen aus dem Eingangsfragebogen (t1) noch einmal abgefragt. Bei der ersten wiederholten Frage („Meine Beziehung zu dem Betroffenen mit BPS empfinde ich als?“) ist lediglich eine signifikante Tendenz zu erkennen: $z = -1.73$, $p = 0.083$ (vgl. Abbildung 9.7). Der Wert verbesserte sich von $M = 1.12$ auf $M = 0.94$ (je höher der Wert, desto schlechter wurde die Beziehung eingeschätzt). Die Tendenz geht also in die Richtung, dass die Angehörigen nach der Psychoedukation ihre Beziehung zum Patienten besser einschätzten als vorher.

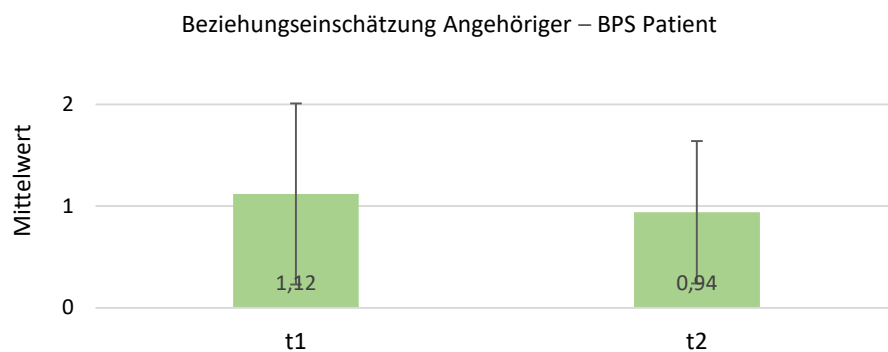


Abbildung 9.7: Vergleich der Mittelwerte und Standardabweichungen der Beziehungseinschätzung der Angehörigen ($n = 33$) zum Patienten mit BPS vor dem Gruppendurchlauf (t1) und danach (t2)

Bei der zweiten wiederholten Frage („Wie sehr belastet sind Sie derzeit durch die psychischen Probleme Ihres Angehörigen?“) ergab sich ein signifikanter Unterschied von t1 (Eingangsfragebogen) zu t2 (Feedbackfragebogen), $z = -4.04$, $p = 0.000$ (vgl. Abbildung 9.8). Der p-Wert hielt der Bonferroni-Holm-Korrektur stand: $p_{\text{koriert}} = 0.000$. Die Belastung sank von $M = 2.45$ auf $M = 1.70$. Die deskriptive Auswertung dieser Frage findet sich unter den Ergebnissen des Feedbackfragebogens.

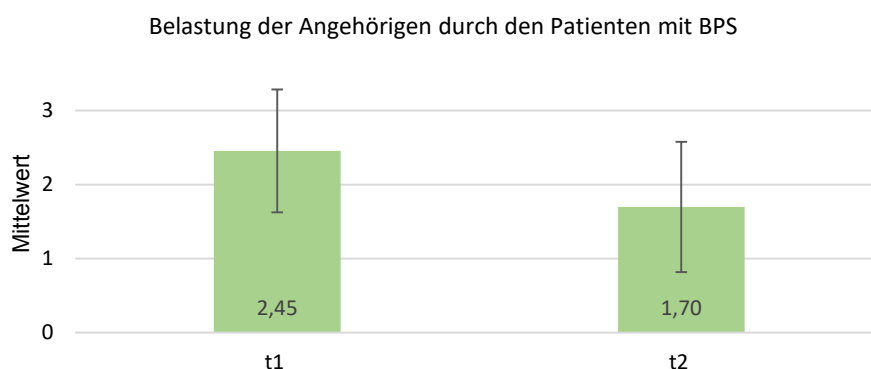


Abbildung 9.8: Vergleich der Mittelwerte und Standardabweichungen der Belastung der Angehörigen ($n = 33$) durch die psychischen Probleme des Patienten mit BPS vor dem Gruppendurchlauf (t1) und danach (t2)

9.1.4. Lebensqualität

Der Globalwert der Lebensqualität veränderte sich von t1 ($M = 5.82$; $SD = 3.02$) zu t2 ($M = 6.39$; $SD = 1.87$) nicht signifikant: $z = -739$, $p = 0.460$. Ebenso verhält es sich mit den vier Dimensionen: Es ergeben sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Lebensqualität im Vergleich von t1 zu t2 (vgl. Abbildung 9.9).

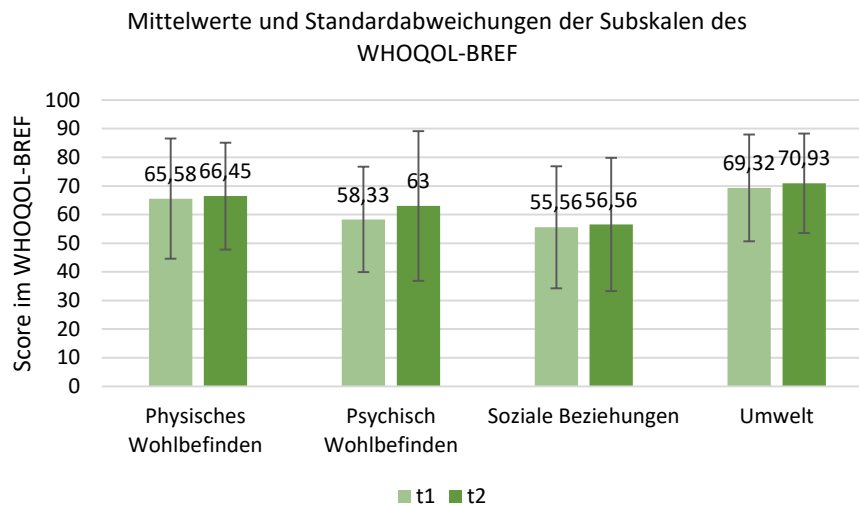


Abbildung 9.9: Vergleich der Mittelwerte ($n = 33$) der Subskalen des WHOQOL-BREF vor dem Gruppendurchlauf (t1) und danach (t2)

In Bezug auf die Geschlechter gibt es jedoch eine signifikante Ausnahme: Weibliche Angehörige ($n = 19$) zeigen nach dem Gruppendurchlauf (t2) einen signifikant höheren Wert auf der Dimension *Psychisches Wohlbefinden* ($z = -2.55$, $p = 0.011$) als vor dem Gruppendurchlauf (t1). Der p -Wert hält der Adjustierung stand: $p_{\text{koriert}} = 0.022$.

9.1.5. Ergebnisse des Feedbackfragebogens

Die Darstellung der Ergebnisse des Feedbackfragebogens erfolgt gemäß der Reihenfolge der Fragen im Fragebogen.

Fast alle Angehörigen ($n = 32$; 97 %) empfanden die Psychoedukationsgruppe mindestens als „hilfreich“ (vgl. Abbildung 9.10). Nur ein Angehöriger (3 %) beurteilte sie als „wenig hilfreich“ und niemand empfand sie als „überhaupt nicht hilfreich“.

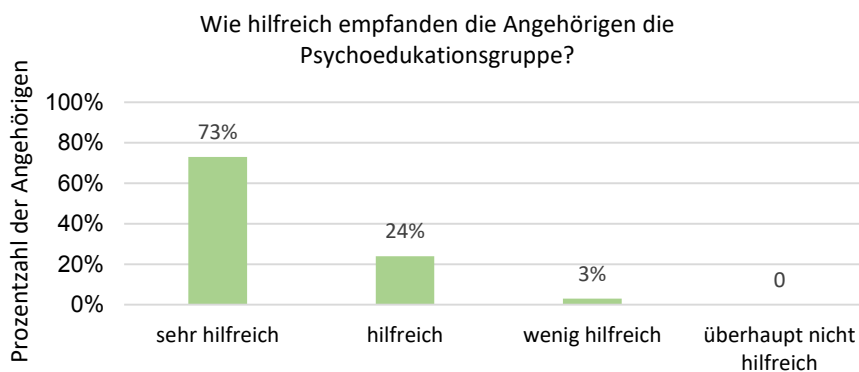


Abbildung 9.10: Häufigkeiten der Angehörigen ($n = 33$) bei Frage 1 aus dem Feedbackfragebogen: „Wie hilfreich empfanden Sie die Informationsgruppe?“

In Bezug auf die Entlastung durch die Teilnahme an der Gruppe gaben 6 Angehörige (18 %) an, „sehr entlastet“ zu sein. Fast die Hälfte ($n = 14$, 42 %) kreuzte an, „ziemlich entlastet“ zu sein. 40 % ($n = 13$) beurteilten die Teilnahme als „etwas entlastend“ und niemand empfand die Gruppe als „gar nicht entlastend“. Tendenziell ist zu erkennen, dass die weiblichen Teilnehmer die Gruppe als etwas entlastender bewerteten als die männlichen (vgl. Abbildung 9.11). Insgesamt empfanden 14 der 19 Frauen (74 %) die Gruppe mindestens als „ziemlich entlastend“, während dies bei nur 6 der 14 Männer (43 %) der Fall war.

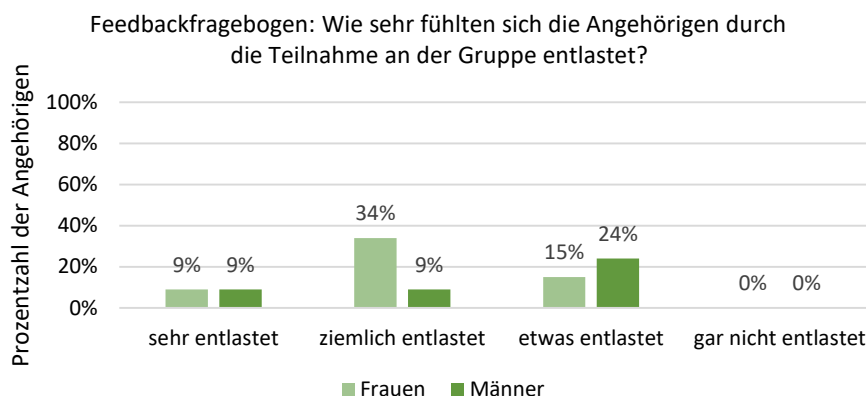


Abbildung 9.11: Häufigkeiten der Angehörigen ($n = 33$), getrennt für Frauen ($n = 19$) und Männer ($n = 14$), bei Frage 2 aus dem Feedbackfragebogen: „Fühlen Sie sich durch die Teilnahme an der Psychoedukationsgruppe entlastet?“

Alle Teilnehmer würden die Psychoedukationsgruppe anderen Angehörigen weiterempfehlen. Fast alle ($n = 32$) würden sie „ja, auf jeden Fall“ weiterempfehlen; lediglich ein Angehöriger würde sie „bedingt“ weiterempfehlen; niemand würde sie „nicht“ weiterempfehlen. In Bezug auf die Informationsvermittlung durch die Gruppe fühlte sich über die Hälfte der Angehörigen ($n = 17$, 52 %) „sehr gut“ informiert; 45 % ($n = 15$) fühlten sich „gut“ informiert; und eine Person (3 %) fühlte sich „weniger gut“ informiert. Niemand fühlte sich „nicht gut informiert“.

Bezüglich der Themen, die den Angehörigen besonders wichtig waren, waren Mehrfachantworten möglich. Insgesamt wurden alle Gruppenthemen mindestens 14 Mal genannt (vgl. Abbildung 9.12); d. h., es gab kein Thema, das die Angehörigen als „nicht besonders wichtig“ empfanden. Beispielsweise waren fast allen Angehörigen ($n = 28$; 85 %) die beiden Themen „Vermittlung einer inneren Haltung im Umgang mit der Störung“ und „Umgang mit Krisen unter Berücksichtigung der eigenen Grenzen“ wichtig. Im Vergleich dazu empfanden 15 Angehörige (46 %) das Thema „Begleiterkrankungen“ und nur 14 Angehörige (42 %) das Thema „Dialektische Grundhaltung“ besonders wichtig.

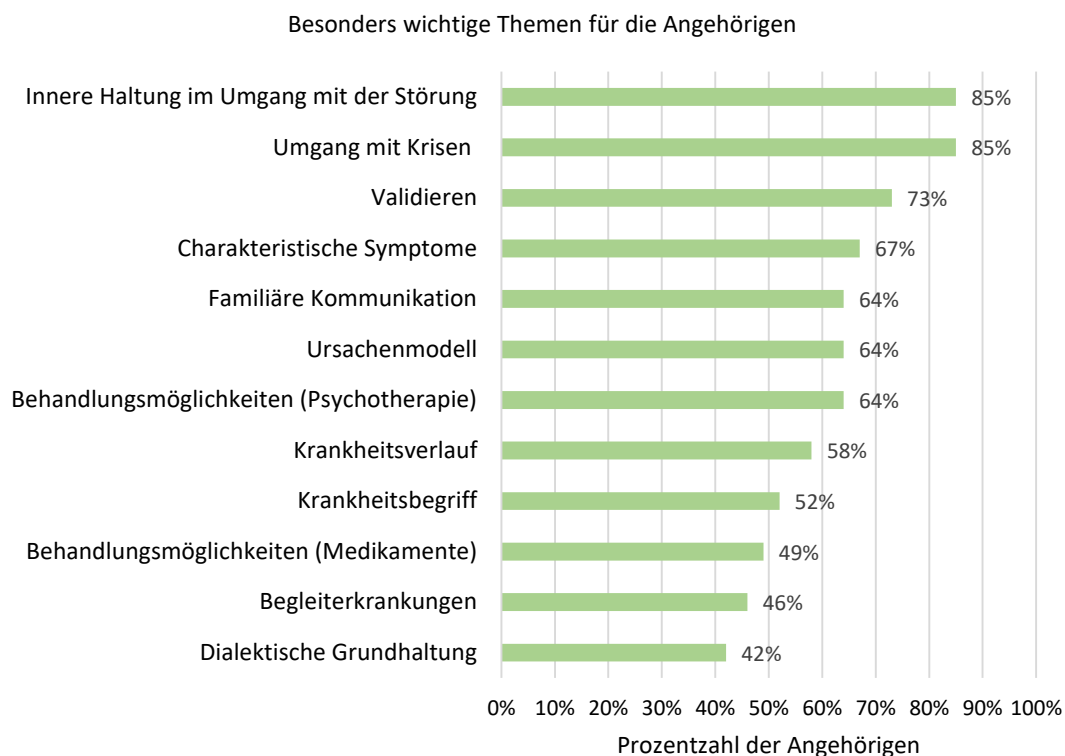


Abbildung 9.12: Häufigkeiten (hierarchisch geordnet) der Angehörigen bei Frage 5 aus dem Feedbackfragebogen: „Welche Themen waren Ihnen besonders wichtig?“

Die meisten Angehörigen ($n = 17$; 52 %) hätten gern das Thema „Umgang mit Krisen unter Berücksichtigung der eigenen Grenzen“ genauer besprochen (vgl. Abbildung 9.13). Jeweils 14 Personen (42 %) hätten gern mehr Zeit für die Themen „Familiäre Kommunikation“ und „Vermittlung einer inneren Haltung im Umgang mit der Störung“ gehabt. Lediglich eine Person hätte gern Genaueres zum Thema „Krankheitsbegriff“ gelernt.

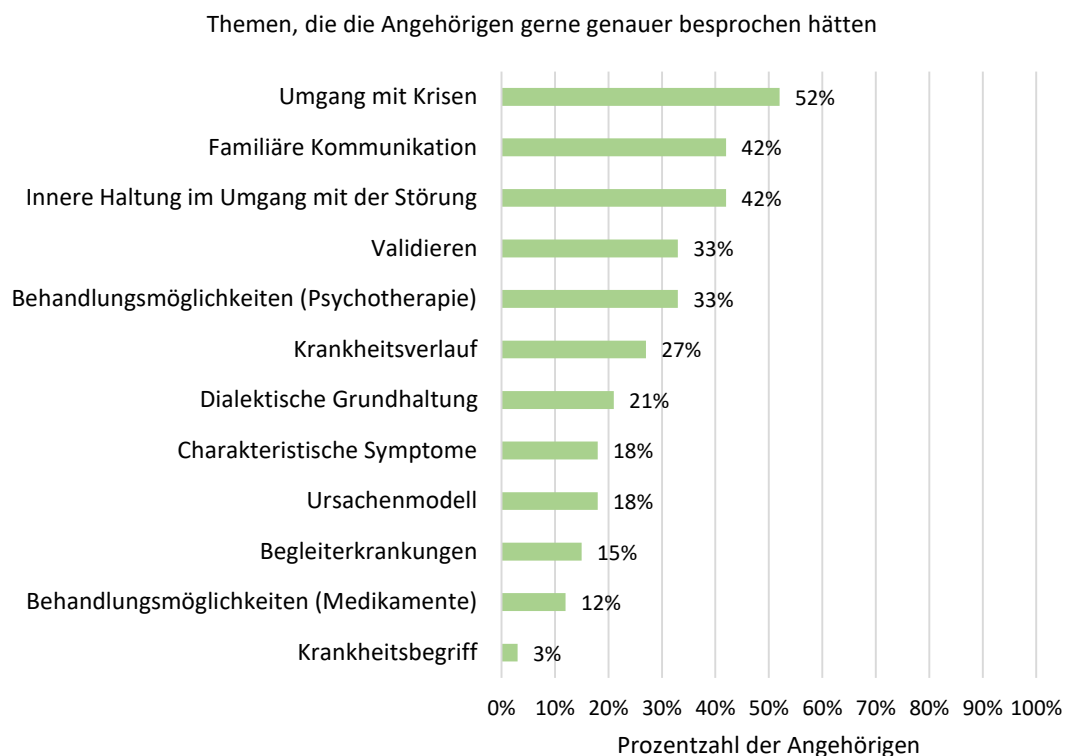


Abbildung 9.13: Häufigkeiten (hierarchisch geordnet) der Angehörigen bei Frage 6 aus dem Feedbackfragebogen: „Welche Themen hätten Sie gerne genauer besprochen/mehr Zeit gehabt?“

Es gab im Feedbackfragebogen auch eine offene Frage, bei der die Angehörigen im Freitext formulieren konnten, welche Themen ihnen in der Gruppe gefehlt haben. Es wurde je einmal genannt:

- „Borderline-Mütter und Gefahr für Kleinkinder“
- „Umgang mit Verwandten und Freunden: Wie erklärt man die Krankheit verständlich dem Umfeld?“
- „Erfahrungsaustausch in der Gruppe, dafür gab es in diesem engen Rahmen zu wenig Zeit“
- „Literatur, Informationsquellen“
- „Eigene Anteile in Partnerschaft mit Borderline-Patienten“
- „Co-Abhängigkeit und Sucht“
- „Berücksichtigung der eigenen Situation“
- „Finden geeigneter Therapeuten“
- „Umgang mit dem Umfeld/Verwandten/Freunden. Wo bekommt man als Angehöriger Hilfe/Beratung?“
- „Umgang mit eigenen Gefühlen“

Ein relativ großer Anteil der Angehörigen (70 %) machte im Feedbackfragebogen keine Angaben darüber, welche Themen ihnen gefehlt hätten.

In Bezug auf die Frage, „wie alltagstauglich“ die Angehörigen die vermittelten Strategien im Umgang mit dem Betroffenen fanden, antworteten 23 Angehörige (70 %) mit „sehr“ und 10 Angehörige (30 %) mit „etwas“. Niemand fand die Alltagstauglichkeit „kaum“ oder „nicht“ gegeben.

Die Gruppenatmosphäre bewerteten 21 Teilnehmer (64 %) als „sehr vertrauensvoll“ und 12 Personen (36 %) als „vertrauensvoll“. Niemand empfand die Atmosphäre in der Gruppe „wenig vertrauensvoll“ oder „überhaupt nicht vertrauensvoll“.

Die Anzahl der Treffen (insgesamt 10) sahen etwa die Hälfte der Angehörigen ($n = 17$; 52 %) als „angemessen“ an, die andere Hälfte ($n = 16$; 48 %) als „zu wenige Treffen“. Niemand empfand dies als „zu viele Treffen“. Die Dauer von 90 Minuten pro Gruppensitzung empfanden 20 Personen (60 %) als „angemessen“ und 13 Personen (40 %) als „zu kurz“. Niemand empfand die Dauer der Treffen als „zu lange“.

Die Mehrheit der Angehörigen ($n = 28$; 85 %) gab an, dass sich durch die Teilnahme an der Gruppe ihre Einstellung gegenüber dem Patienten mit BPS mindestens „etwas“ verändert habe (vgl. Abbildung 9.14). „Kaum“ verändert habe sich die Einstellung bei vier Angehörigen (12 %) und bei einem (3 %) habe sich die Einstellung „nicht“ verändert.

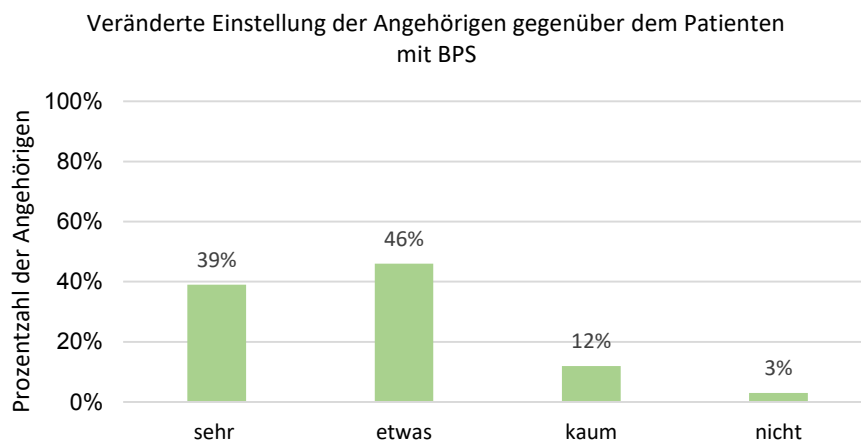


Abbildung 9.14: Häufigkeiten der Angehörigen ($n = 33$) bei Frage 12 aus dem Feedbackfragebogen: „Hat sich durch die Informationen aus der Gruppe Ihre Einstellung gegenüber dem Betroffenen mit BPS verändert?“

Vier der Angehörigen (12 %) machten bei der offenen Frage inhaltliche Angaben, in welche Richtung sich die Einstellung gegenüber dem Patienten mit BPS veränderte:

- „Unverständnis ist geringer geworden in Bezug auf Verhalten und Reaktionen“
- „Mehr Verständnis für Reaktionen“
- „Mehr Transparenz“
- „Die Waage halten zwischen Veränderung – Akzeptanz: Es muss nicht immer ein MUSS (sic!) sein“

Die Mehrheit der Angehörigen ($n = 24$; 73 %) gab an, es habe sich der Umgang mit dem Betroffenen durch die Teilnahme an der Gruppe mindestens „etwas“ verändert; bei sieben Angehörigen (21 %) habe sich der Umgang „kaum“ und bei zwei Angehörigen (6 %) „nicht“ verändert (vgl. Abbildung 9.15). Eine Person gab an, dass sich der Umgang mit dem Patienten deshalb nicht verändert habe, da „das Verhältnis sowieso schon gut war“. Von den Teilnehmern, die angaben, dass sich der Umgang mit dem Betroffenen verändert habe, wurden inhaltlich folgende Punkte genannt:

- „Der Umgang ist authentischer geworden (ich nehme kein Blatt mehr vor den Mund, schone sie nicht, jedoch hatte und zeige ich auch mehr Verständnis).“
- „Validierung und Grundhaltung“
- „Aktives Zuhören“
- „Bessere Kommunikation“
- „Ich kann Krisen schneller bewältigen, kann besser auf meine Tochter eingehen.“
- „Ich kann besser Grenzen setzen, meine innere Einstellung veränderte sich.“
- „Das Besprechen der Erkrankung fällt leichter.“

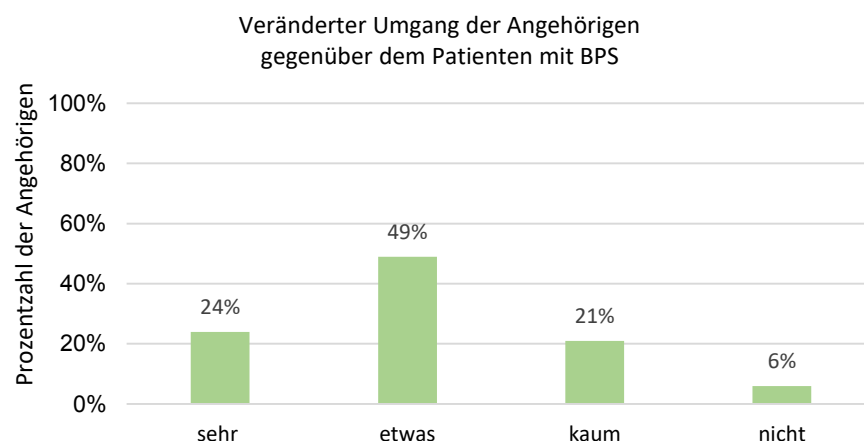


Abbildung 9.15: Häufigkeiten der Angehörigen ($n = 33$) bei Frage 13 aus dem Feedbackfragebogen: „Hat sich der Umgang mit Ihrem Betroffenen mit BPS durch die Teilnahme an der Psychoedukationsgruppe verändert?“

Im Feedbackfragebogen (t2) wurden zwei Fragen aus dem Eingangsfragebogen (t1) noch einmal abgefragt. Die statistischen Ergebnisse hierzu sind unter 9.2.3. dargestellt. Im Folgenden werden die beiden Fragen deskriptiv ausgewertet.

Insgesamt bewerteten die Angehörigen ihr Beziehungsverhältnis zum Patienten mit BPS im Eingangsfragebogen (vor dem Gruppendurchlauf, t1) und im Feedbackfragebogen (nach dem Gruppendurchlauf, t2) ähnlich (vgl. Abbildung 9.16). Nach der Teilnahme an der Gruppe stieg die Anzahl der Angehörigen, die ihre Beziehung als „sehr gut“ bewerteten, von 8 auf 9 (von 24 % auf 27 %); die derjenigen, die ihre Beziehung als „gut“ einschätzten, von 16 auf 17 (von 49 % auf 52 %); und die derjenigen, die sie als „mäßig“ einschätzten, von 6 auf 7 (von 18 % auf 21 %). Vor dem Gruppendurchlauf bewerteten drei Angehörige (9 %) ihre Beziehung zum Patienten als „schlecht“, diese Bewertung kam nach dem Gruppendurchlauf nicht mehr vor.

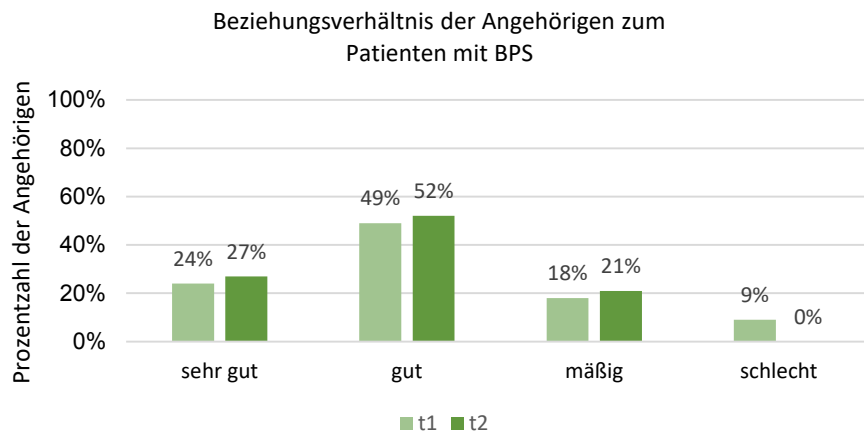


Abbildung 9.16: Häufigkeiten der Angehörigen ($n = 33$) bei Frage 14 aus dem Feedbackfragebogen, getrennt für t1 (Eingangsfragebogen) und t2 (Feedbackfragebogen): „Wie empfinden Sie die Beziehung zu Ihrem Betroffenen mit BPS?“

Die Angehörigen schätzten ihre Belastung im Feedbackfragebogen (t2) geringer ein als zuvor im Eingangsfragebogen (t1). Die Angehörigenzahl, die vor der Gruppe „stark“ belastet war, sank von 61 % ($n = 20$) auf 18 % ($n = 6$) nach dem Gruppendurchlauf. „Ziemlich“ belastet waren nach der Gruppe noch 43 % ($n = 14$). Im Vergleich zum Zeitpunkt vor dem Start der Psychoedukationsgruppe, an dem niemand „gar nicht belastet“ war, stieg diese Zahl auf 9 % ($n = 3$) nach der Teilnahme an der Gruppe (vgl. Abbildung 9.17).

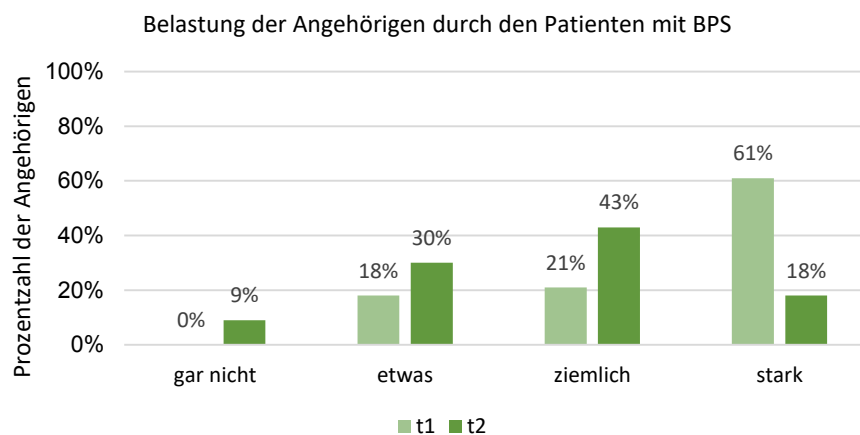


Abbildung 9.17: Häufigkeiten der Angehörigen ($n = 33$) bei Frage 15 aus dem Feedbackfragebogen, getrennt für t1 (Eingangsfragebogen) und t2 (Feedbackfragebogen): „Wie sehr belastet sind Sie derzeit durch die psychischen Probleme Ihres Betroffenen mit BPS?“

Die meisten Angehörigen ($n = 15$; 45 %) gaben an, dass ihre Erwartungen „größtenteils“ erfüllt wurden; bei fast genauso vielen Angehörigen ($n = 13$; 40 %) wurden die Erwartungen „in vollem Umfang“ erfüllt. Lediglich fünf Teilnehmer (15 %) kreuzten an, dass die Erwartungen nur „teilweise“ erfüllt wurden. Für niemanden hatten sich die Erwartungen „kaum“ erfüllt.

9.1.6. Bivariate Korrelationen

Im Folgenden wurde untersucht, ob zwischen bestimmten Variablen oder Effekten Zusammenhänge bestehen. Dafür wurden die Zielvariablen (Wissenszuwachs, Belastungsreduktion und Einschätzung der Lebensqualität) mit den soziodemografischen Variablen aus dem Eingangsfragebogen (z. B. Geschlecht, Alter, Einschätzung der Schwere der Symptome des Betroffenen) und den Variablen aus dem Feedbackfragebogen (z. B. Einschätzung der Belastung, der Zufriedenheit, der Alltagstauglichkeit) korreliert. Es werden neben den signifikanten Ergebnissen dieser bivariaten Korrelationen auch interessant erscheinende nicht signifikante Ergebnisse berichtet.

Wissenszuwachs

Keine Variable korrelierte mit dem Wissenszuwachs.

IEQ-EU gesamt

Die Gesamtbelastungsreduktion korreliert positiv mit der Schwere der Symptomeinschätzung beim Betroffenen ($r_{Sp} = 0.529$; $p = 0.002$, $p_{korrigiert} = 0.020$). Das bedeutet: Je

schwerer die Angehörigen die Symptome ihres Betroffenen zu Beginn der Psychoedukation eingeschätzt hatten, desto entlasteter waren sie nach der Gruppenteilnahme. Die Gesamtbelastungsreduktion korreliert zudem positiv mit der Einschätzung der aktuellen Belastung der Angehörigen vor dem Gruppendurchlauf ($r_{Sp} = 0.497$; $p = 0.003$, $p_{korrigiert} = 0.030$). Das heißt: Je stärker die Angehörigen zu Gruppenbeginn im Eingangsfragebogen ihre Belastung eingeschätzt hatten, desto entlasteter waren sie nach der Teilnahme.

IEQ-EU Subskala Spannung

Die Belastungsreduktion auf der Subskala *Spannung* des IEQ-EU korreliert mit der Kontakthäufigkeit der Angehörigen zum Betroffenen ($r_{Sp} = 0.381$; $p = 0.029$) und mit der Schwere der Symptomeinschätzung beim Betroffenen ($r_{Sp} = 0.400$; $p = 0.021$). Keine der beiden Korrelationen hält der Bonferroni-Holm-Korrektur stand: $p_{korrigiert} = 0.290$ bzw. $p_{korrigiert} = 0.189$.

IEQ-EU Subskala Sorge

Die Einschätzung der aktuellen Belastung der Angehörigen vor dem Gruppendurchlauf korreliert mit der Belastungsreduktion auf der IEQ-EU Subskala *Sorge* ($r_{Sp} = 0.422$; $p = 0.014$). Der p -Wert hält der Bonferroni-Holm-Korrektur nicht stand: $p_{korrigiert} = 0.112$.

WHOQOL-BREF Subskalen

Die Verbesserung auf der WHOQOL-Subskala *Physisches Wohlbefinden* korreliert negativ mit der Einschätzung der aktuellen Belastung der Angehörigen vor dem Gruppendurchlauf ($r_{Sp} = -0.466$; $p = 0.006$). Der p -Wert hält der Bonferroni-Holm-Adjustierung nicht stand: $p_{korrigiert} = 0.054$.

Weiter korreliert die Einschätzung der Qualität der Beziehung zum Betroffenen vor Gruppendurchlauf negativ mit den Verbesserungen auf den WHOQOL-Subskalen *Physisches Wohlbefinden* ($r_{Sp} = -0.426$; $p = 0.013$) und *Psychisches Wohlbefinden* ($r_{Sp} = -0.386$; $p = 0.027$). Beide Signifikanzen halten der Bonferroni-Holm-Adjustierung jedoch nicht stand: $p_{korrigiert} = 0.130$ bzw. $p_{korrigiert} = 0.243$.

Die Einschätzung der Angehörigen, wie hilfreich sie das Gruppenprogramm fanden, korreliert mit der Verbesserung auf der WHOQOL-Subskala *Soziale Beziehungen* ($r_{Sp} = 0.382$; $p = 0.028$). Nach der Alphafehler-Korrektur ist die Korrelation nicht mehr signifikant: $p_{korrigiert} = 0.280$.

Feedbackfragebogenfrage: Wie sehr sind Sie momentan belastet?

Die Einschätzung der Belastung im Feedbackfragebogen korreliert positiv mit der Anzahl der besuchten Sitzungen ($r_{Sp} = 0.506$; $p = 0.003$, $p_{korrigiert} = 0.036$). Das bedeutet: Je mehr Sitzungen die Angehörigen besucht hatten, desto geringer schätzten sie ihre Belastung im Feedbackfragebogen an.

Zusammenfassung

Es ergeben sich nach der Alphafehler-Adjustierung drei signifikante Korrelationen: Die Gesamtbelastungsreduktion im IEQ-EU korreliert positiv mit der Einschätzung der Schwere der Symptome des Patienten zu Beginn der Psychoedukationsgruppe (prä) und mit der Einschätzung der aktuellen Belastung der Angehörigen vor dem Gruppendurchlauf (prä).

Die Einschätzung der subjektiven Belastung im Feedbackfragebogen (post) korreliert positiv mit der Anzahl der besuchten Sitzungen.

9.2. Ergebnisse der formativen Evaluation

Die Ergebnisse der formativen Evaluation werden deskriptiv dargestellt. Die formative Evaluation erfolgte über die Stundenbögen, welche die Angehörigen und Therapeuten am Ende jeder Sitzung ausfüllten. Die Stundenbögen wurden erst ab der zweiten Angehörigengruppe eingesetzt (s. 8.2 Studiendesign), weshalb sich für diesen Teil der Evaluation die Stichprobengröße von 33 Angehörige auf 22 Angehörige reduziert. Die Daten der Stundenbeurteilungen wurden sowohl für die Gesamtbeurteilung der einzelnen Sitzungen als auch getrennt für jedes Item der Stundenbögen deskriptiv ausgewertet. Die Höchstbewertung eines Items in den Stundenbögen liegt bei 4, der cut-off für eine positive Beurteilung wurde bei einem Wert ≥ 2.5 gewählt. Wurden Unterschiede bezüglich der einzelnen Angehörigengruppen untersucht, wurde der Mann-Whitney-U-Test verwendet.

9.2.1. Stundenbeurteilung der Angehörigen (GTS-A)

Die Angehörigen ($n = 22$) füllten nach jeder der 10 Sitzungen den Stundenbogen mit 8 Items aus. Insgesamt beurteilten sie die einzelnen Items des Stundenbogens durchgehend positiv ($M \geq 2.5$), wobei Item 1 *innere Beteiligung* ($M = 3.6$, $SD = 0.35$), Item 3 *Nachvollziehbarkeit* ($M = 3.7$; $SD = 0.25$) und Item 7 *Zufriedenheit* ($M = 3.6$; $SD = 0.39$) am höchsten von den Angehörigen bewertet wurden (vgl. Abbildung 9.18). In leicht geringerem Maße fällt die Bewertung für Item 6 *Gruppenatmosphäre* ($M = 3.4$; $SD = 0.56$) und Item 8 *Therapieform erfolgsversprechend* ($M = 3.4$; $SD = 0.55$) aus. Am niedrigsten, aber aufgrund der generell hohen Werte immer noch positiv ($M \geq 2.5$) bewertet wurde

die Gruppe hinsichtlich der durch sie *gegebenen Hilfestellung* (Item 5), der *aktiven Mitwirkung* (Item 2) und der durch die Gruppentherapie gegebenen *Anregungen* (Item 4).

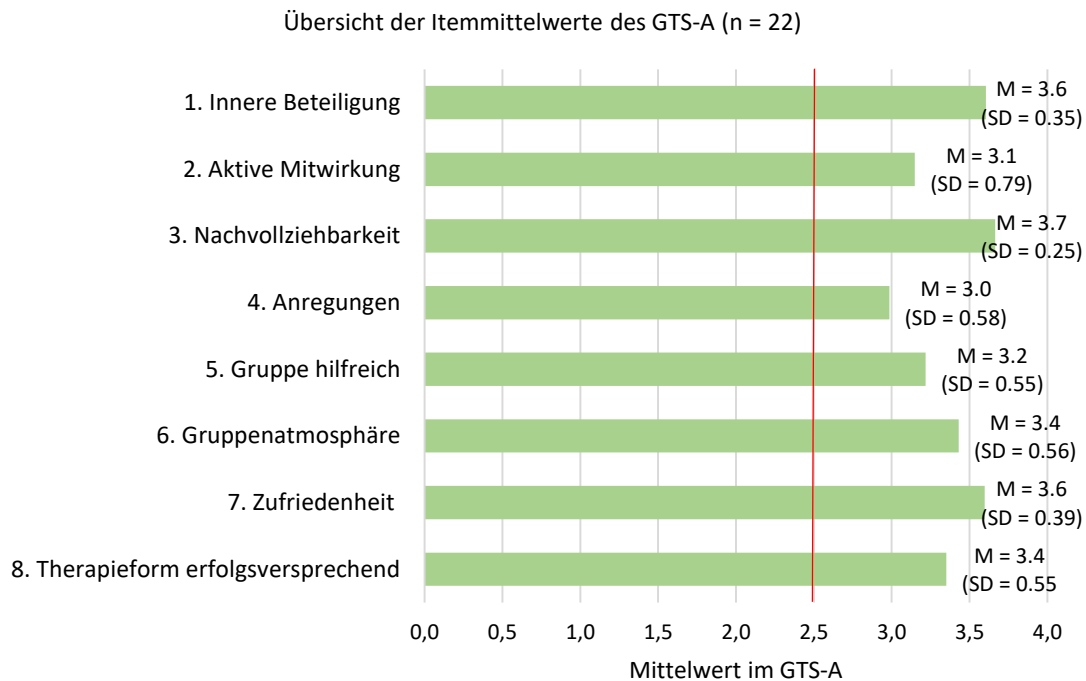


Abbildung 9.18: Vergleich der Mittelwerte der 8 Items des GTS-A

Betrachtet man den Verlauf der Bewertungen der Items im GTS-A auf Sitzungsebene fällt auf, dass 7 der 8 Items durchgehend positiv ($M \geq 2.5$) bewertet wurden (vgl. Abbildung 9.19). Das Item *Anregungen* (Item 4) wurde insgesamt am niedrigsten bewertet und Bewertungen diesbezüglich sind in Sitzung 1 (Ausfüllen der Fragebögen, Klären von Erwartungen, Achtsamkeit) und 4 (Komorbiditäten und medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten) die einzig negativen Bewertungen ($M = 2.1$ bzw. $M = 2.4$). Bei genauerer Betrachtung der einzelnen Items fällt auf, dass der Verlauf der *inneren Beteiligung* (Item 1), *Nachvollziehbarkeit* (Item 3) und *Zufriedenheit* (Item 7) stets über dem Verlauf der *aktiven Mitwirkung* (Item 2) und *Anregungen* (Item 4) liegt. Die Bewertung der Sitzungen als *nachvollziehbar* (Item 4) ist von Beginn an hoch und bleibt hoch, mit einem deutlichen Knick in Sitzung 5 (psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten). Die *innere Beteiligung* (Item 1) wurde ebenfalls von Anfang an hoch eingeschätzt mit einem minimalen Abfall in Sitzungen 4 (Komorbiditäten und medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten) und 8 (Kommunikationsfertigkeiten). Deskriptiv betrachtet liegen die Bewertungen der einzelnen Items vor allem in Sitzung 9 (Umgang mit Krisen) und 10 (Ausfüllen der Fragebögen, offene Fragen, Feedback), aber auch in Sitzung 8 (Kommunikationsfertigkeiten) am nächsten beieinander und sind tendenziell auch am höchsten.

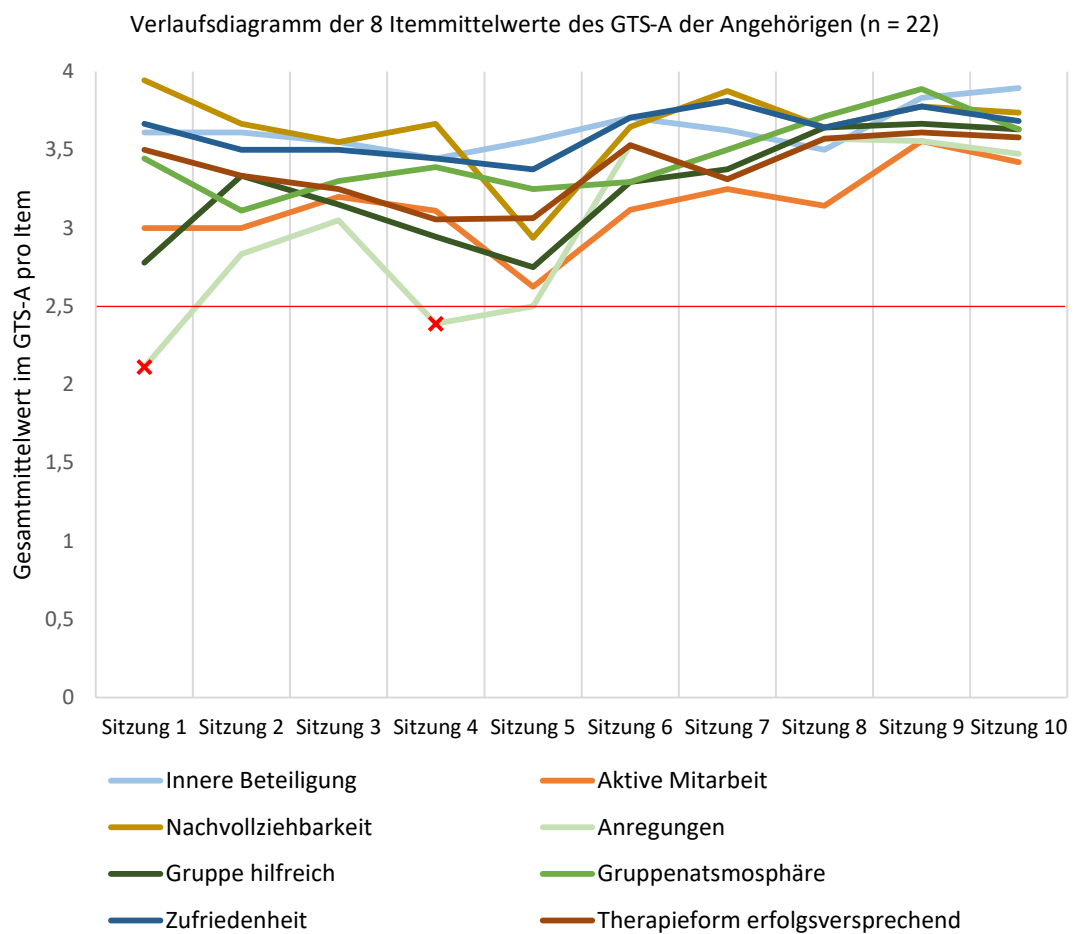


Abbildung 9.19: Verlauf der Gesamtmittelwerte aller 8 Items des GTS-A (n = 22) über alle 10 Sitzungen

Im Folgenden werden nicht mehr die Bewertungen der einzelnen Items betrachtet, sondern die Summenscores des GTS-A für die 10 Therapiesitzungen. Die Angehörigen bewerteten alle 10 Sitzungen positiv ($M \geq 2.5$). Die höchsten Werte ($M = 3.8$) erhielten die Sitzungen 8 (Kommunikationsfertigkeiten) und 9 (Umgang mit Krisen). Die Sitzungen 2 (Krankheitsbegriff und Symptome), 4 (Komorbiditäten und medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten) und 5 (psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten) wurden am niedrigsten bewertet (vgl. Abbildung 9.20).

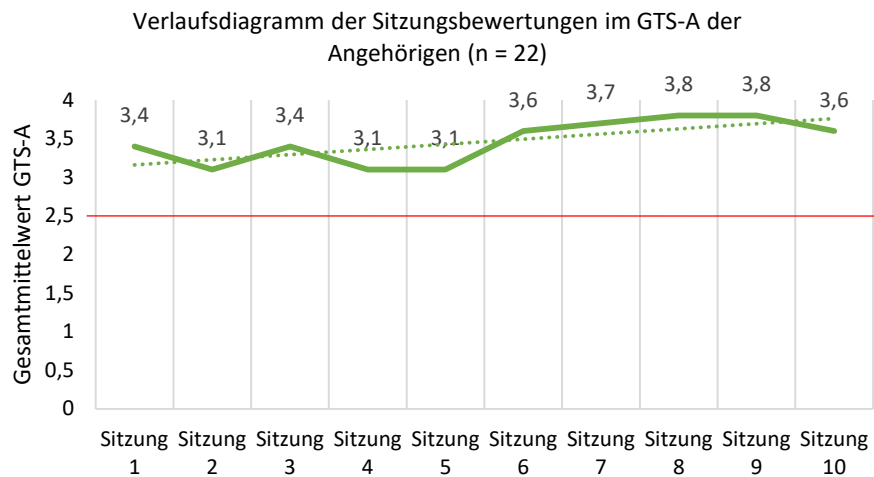


Abbildung 9.20: Verlaufsdigramm (inklusive Trendlinie) der Sitzungsbewertungen der Angehörigen (n = 22) im GTS-A

Wie oben bereits erwähnt, wurden die Stundenbögen in den Angehörigengruppen 2 und 3 eingesetzt. Daher wurde untersucht, wie jeweils die beiden Gruppen die einzelnen Sitzungen des psychoedukativen Gruppenprogramms bewerteten und ob sich diese Bewertungen voneinander unterscheiden (vgl. Abbildung 9.21).

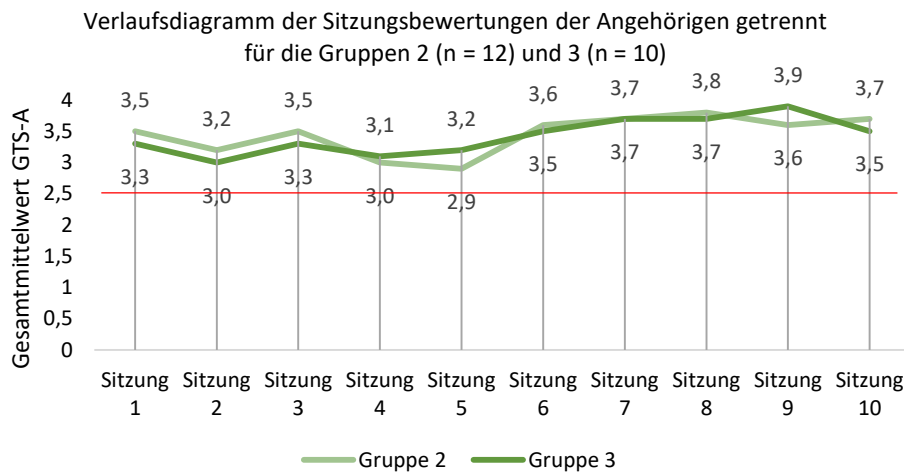


Abbildung 9.21: Verlauf der Sitzungsbewertungen im GTS-A der Angehörigen (n = 22) getrennt jeweils für die Angehörigengruppen 2 (n = 12) und 3 (n = 10)

Beide Gruppen bewerteten die 10 Sitzungen durchweg positiv ($M \geq 2.5$). Insgesamt bewertete die Gruppe 2 die Sitzungen leicht positiver als die Gruppe 3 – mit drei Ausnahmen: Sitzungen 4, 5 und 9 wurden von Gruppe 3 etwas besser bewertet. Die deskriptive

Betrachtung von Abbildung 9.21 lässt keine deutlichen Unterschiede in den Sitzungsbewertungen der beiden Gruppen erkennen. Dies bestätigt auch die statistische Überprüfung mittels Mann-Whitney-U-Test ($p > 0.05$). Somit unterscheiden sich die beiden Gruppen 2 und 3 nicht hinsichtlich der Bewertungen der einzelnen Gruppensitzungen.

9.2.2. Stundenbeurteilung der Therapeuten (GTS-T)

Auch bei der Betrachtung des Therapeutenstundenbogens, der von den drei Gruppenleitern nach jeder Sitzung ausgefüllt wurde, zeigen sich positive Bewertungen (vgl. Abbildung 9.22). Die Gruppenleiter bewerteten alle Items des Therapeutenstundenbogens (GTS-T) insgesamt positiv ($M \geq 2.5$). Am höchsten ($M = 3.8$) schätzten die Therapeuten die *innere Beteiligung* (Item 1) der Angehörigen ein sowie die Empfindung der Angehörigen, die *Gruppe als hilfreich* wahrzunehmen (Item 5). Auch die *aktive Mitwirkung* der Angehörigen ($M = 3.7$) wird von den Therapeuten hoch bewertet. Tendenziell wurden die Items, die aus Sicht der Angehörigen beantwortet wurden, höher bewertet ($M_{\text{Minimum}} = 3.4$) als die Items, die sich auf die Durchführung der Gruppen aus Sicht der Gruppenleiter bezogen ($M_{\text{Maximum}} = 3.3$). Am schlechtesten, aber dennoch positiv wurden die drei Items *Anliegen* ($M = 3.1$), *Manualumsetzung* ($M = 3.2$) und *Beispiele* ($M = 3.2$) aus Sicht der Therapeuten bewertet.

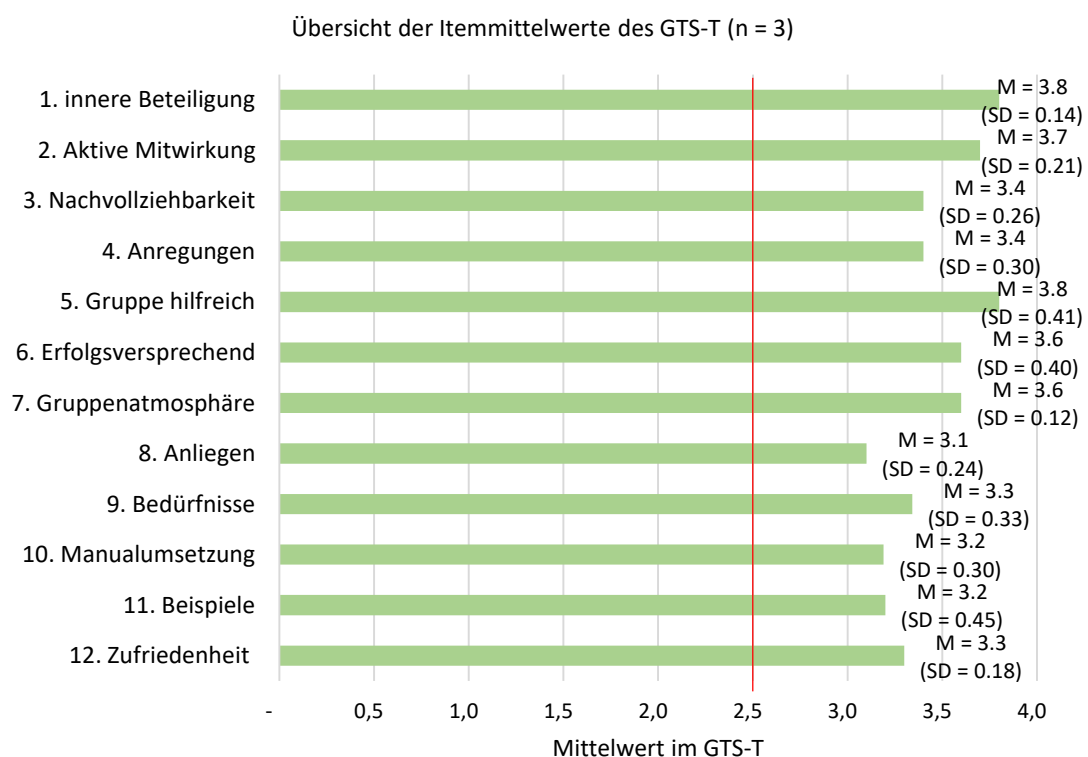


Abbildung 9.22: Mittelwerte des GTS-T ($n = 3$) für alle 12 Items

Die jeweiligen Bewertungen der einzelnen Gruppenleiter zeigt Abbildung 9.23. Wie aus der Darstellung ersichtlich ist, bewertete jeder der drei Therapeuten neun von zehn Sitzungen positiv ($M \geq 2.5$). Alle Gruppenleiter bewerteten je einmal eine Sitzung negativ ($M < 2.5$). Bei den Gruppenleitern 2 und 3 war es die Sitzung 1 (Ausfüllen der Fragebögen, Klären von Erwartungen, Achtsamkeit) und bei Gruppenleiter 1 die Sitzung 4 (medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten).

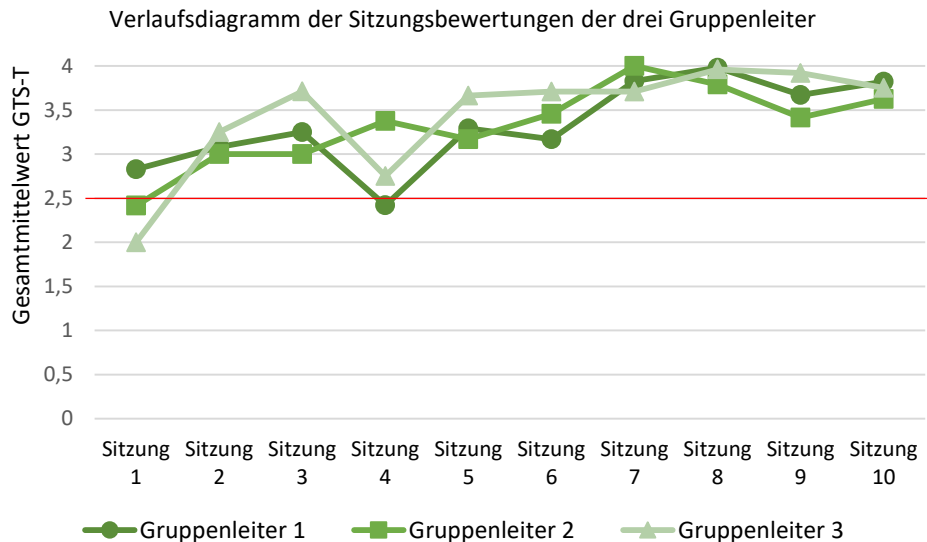


Abbildung 9.23: Sitzungsbewertungen (GTS-T) der einzelnen Gruppenleiter ($n = 3$)

Im Weiteren wurde untersucht, wie die Sitzungsbewertungen der Gruppenleiter in den beiden Angehörigengruppen 2 und 3 ausfielen (vgl. Abbildung 9.24). Es ist zu erkennen, dass 9 der 10 Sitzungen in beiden Gruppen positiv bewertet wurden ($M \geq 2.5$). Ausnahme ist Sitzung 1 (Ausfüllen der Fragebögen, Klären von Erwartungen, Achtsamkeit), die die Therapeuten sowohl in Gruppe 2 als auch in Gruppe 3 knapp negativ bewerteten ($M = 2.3$). Rein deskriptiv betrachtet weichen die Sitzungsbewertungen in den beiden Gruppen kaum voneinander ab – mit drei Ausnahmen: Die Bewertungen von Sitzung 6 (dialektische, nicht wertende Grundhaltung) und 10 (Ausfüllen der Fragebögen, offene Fragen, Feedback) waren in Gruppe 3 etwas höher als in Gruppe 2 und die Bewertung von Sitzung 4 (medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten) war in Gruppe 2 etwas höher als in Gruppe 3.

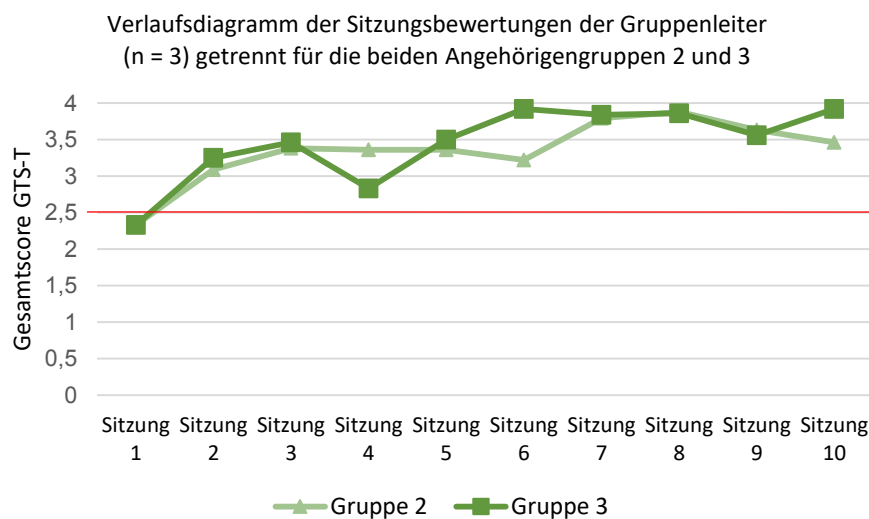


Abbildung 9.24: Sitzungsbewertungen der Gruppenleiter insgesamt getrennt jeweils für die Angehörigengruppen 2 und 3

Bei Item 13 des GTS-T hatten die Therapeuten die Möglichkeit, in freier Form Verbesserungsvorschläge für die jeweilige Sitzungskonzeption abzugeben. Diese Optimierungsmöglichkeit wurde jedoch kaum genutzt. Generell merkten die Therapeuten an, dass in den einzelnen Sitzungen der Redeanteil unter den Angehörigen unterschiedlich verteilt war und sich stets gleiche Personen zu Wort meldeten bzw. eigene Beispiele einbrachten. In Sitzung 1 (Ausfüllen der Fragebögen, Klären von Erwartungen, Achtsamkeit) wurde angemerkt, dass das Ausfüllen der Fragebögen zu lange dauerte. Des Weiteren wurde die Stoffmenge in Sitzung 4 (medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten) als „zu umfangreich“ und „zu kompliziert“ beschrieben. Auch in Sitzung 5 (psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten) wurde bemängelt, dass „zu tief“ in das Thema eingestiegen wurde. Zuletzt wurde noch angemerkt, dass die Zeit von 90 Minuten für Sitzung 9 (Umgang mit Krisen) eher „knapp bemessen“ war und dem Bedürfnis der Angehörigen entsprechend diese Sitzung auf zwei Sitzungen verteilt oder bereits in Sitzung 8 begonnen werden könnte.

9.2.3. Vergleich GTS-A und GTS-T

Für den Vergleich der Stundenbeurteilungen der Angehörigen und der Therapeuten wurden alle 8 Items des GTS-A und die jeweils entsprechenden 8 Items des GTS-T genommen. Somit wurden aus dem GTS-T die Items 1–6 sowie 7 und 12 verwendet (vgl. Tabelle 9.8).

Tabelle 9.8: Items des GTS-A und GTS-T, die für den Vergleich der Therapeuten und Angehörigen herangezogen wurden

GTS-A	GTS-T
Wird von den Angehörigen ausgefüllt	Wird von den Gruppenleitern ausgefüllt
Aus eigener Sicht	Aus Perspektive der Angehörigen
1. Innere Beteiligung 2. Aktive Mitwirkung 3. Nachvollziehbarkeit 4. Anregungen 5. Gruppe hilfreich 8. Therapieform erfolgsversprechend	1. Innere Beteiligung 2. Aktive Mitwirkung 3. Nachvollziehbarkeit 4. Anregungen 5. Gruppe hilfreich 6. Therapieform erfolgsversprechend
	Aus eigener Sicht
6. Gruppenatmosphäre 7. Zufriedenheit	7. Gruppenatmosphäre 12. Zufriedenheit

Beim Vergleich der Bewertungen der einzelnen Items der Stundenbögen (vgl. Abbildung 9.25) wird deutlich, dass sowohl die Angehörigen als auch die Therapeuten alle Items insgesamt positiv bewerten ($M \geq 2.5$). Tendenziell bewerten die Therapeuten die Items etwas besser als die Angehörigen – mit folgenden Ausnahmen: *Zufriedenheit*, *Erfolgsversprechend* und *Nachvollziehbarkeit*. Diese werden von den Angehörigen höher eingestuft. *Zufriedenheit* bezieht sich im GTS-T auf die Sicht des Therapeuten. Demnach waren die Angehörigen mit der Psychoedukationsgruppe zufriedener als die Therapeuten mit sich zufrieden waren. Mit den anderen beiden Items wird aus Therapeutenperspektive eingeschätzt, ob die Angehörigen die Therapieform für sich als *erfolgsversprechend* oder *nachvollziehbar* ansahen. Die Angehörigen stufen das psychoedukative Gruppenprogramm demnach für sich *nachvollziehbarer* und *erfolgsversprechender* ein, als die Therapeuten dies für die Angehörigen machen. Bei den restlichen Items verhält es sich genau umgekehrt: Die Therapeuten schätzen *Gruppenatmosphäre*, *Gruppe als hilfreich*, *Anregungen*, *aktive Mitwirkung* und *innere Beteiligung* höher bei den Angehörigen ein als diese selbst. Die größte Diskrepanz zwischen der Angehörigen- und der Therapeutenbewertung findet sich bei Item 2 *aktive Mitwirkung* (Angehörige $M = 3.1$; Therapeuten $M = 3.6$) und Item 3 *Nachvollziehbarkeit* (Angehörige $M = 3.7$; Therapeuten $M = 3.2$).

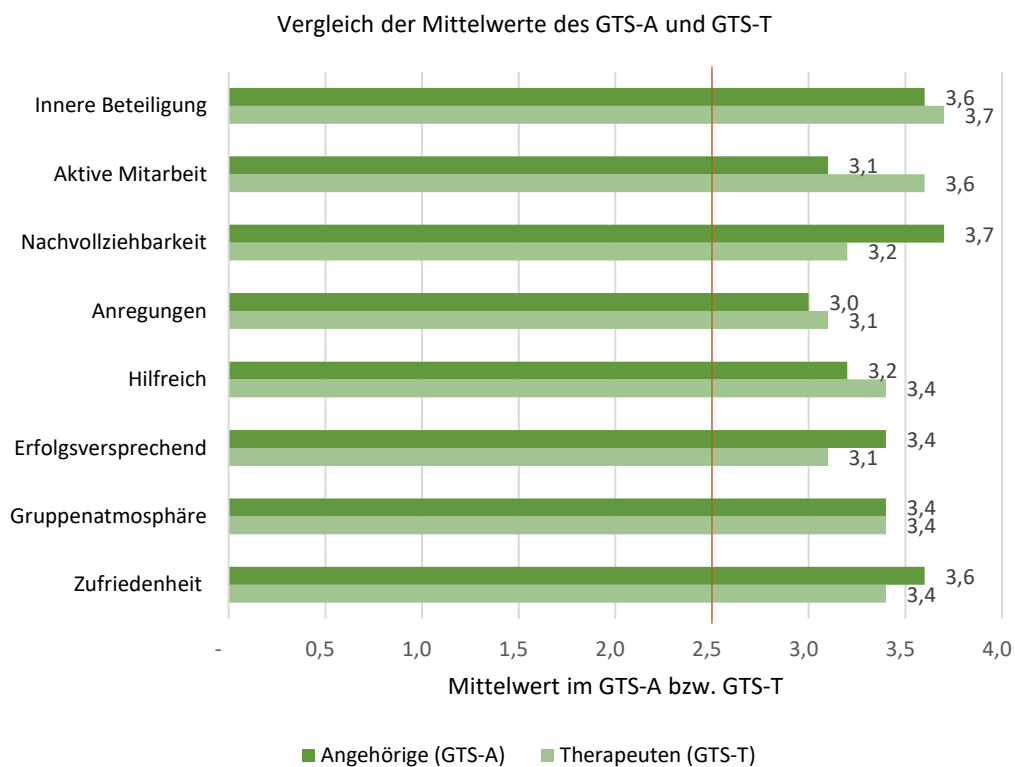


Abbildung 9.25: Vergleich der Itembeurteilungen der Therapeuten (GTS-T) und Angehörigen (GTS-A)

Die Summenscores der Stundenbeurteilungen über alle Sitzungen hinweg sind gleich: Der Gesamtmittelwert der Stundenbeurteilung der Therapeuten liegt bei 3.37 (SD = 0.38; Minimum = 2.4; Maximum = 3.9) und der der Angehörigen liegt ebenfalls bei 3.37 (SD = 0.17; Minimum = 3.1; Maximum = 3.8).

Der Vergleich der Verlaufskurven der Angehörigen- und Therapeutenbewertungen in Bezug auf die Sitzungen ergibt, dass fast alle Bewertungen auf oder über dem Cut-off von 2.5 liegen, d. h., die Sitzungen wurden sowohl von den Therapeuten als auch von den Angehörigen nahezu durchgehend positiv bewertet (vgl. Abbildung 9.26). Einzige Ausnahme ist Sitzung 1 (Ausfüllen der Fragebögen, Klären von Erwartungen, Achtsamkeit), die von den Therapeuten mit 2.4 knapp negativ bewertet wird. Deskriptiv betrachtet gehen die Sitzungsbeurteilungen vor allem in drei Sitzungen auseinander: Sitzung 1 (Ausfüllen der Fragebögen, Klären von Erwartungen, Achtsamkeit), die von den Angehörigen positiver bewertet wird als von den Therapeuten (3.4 versus 2.4), Sitzung 4 (medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten), die ebenfalls von den Angehörigen besser bewertet wird (3.1 versus 2.8) und Sitzung 5 (psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten), die die Therapeuten besser einschätzen als die Angehörigen (3.4 versus 3.1).

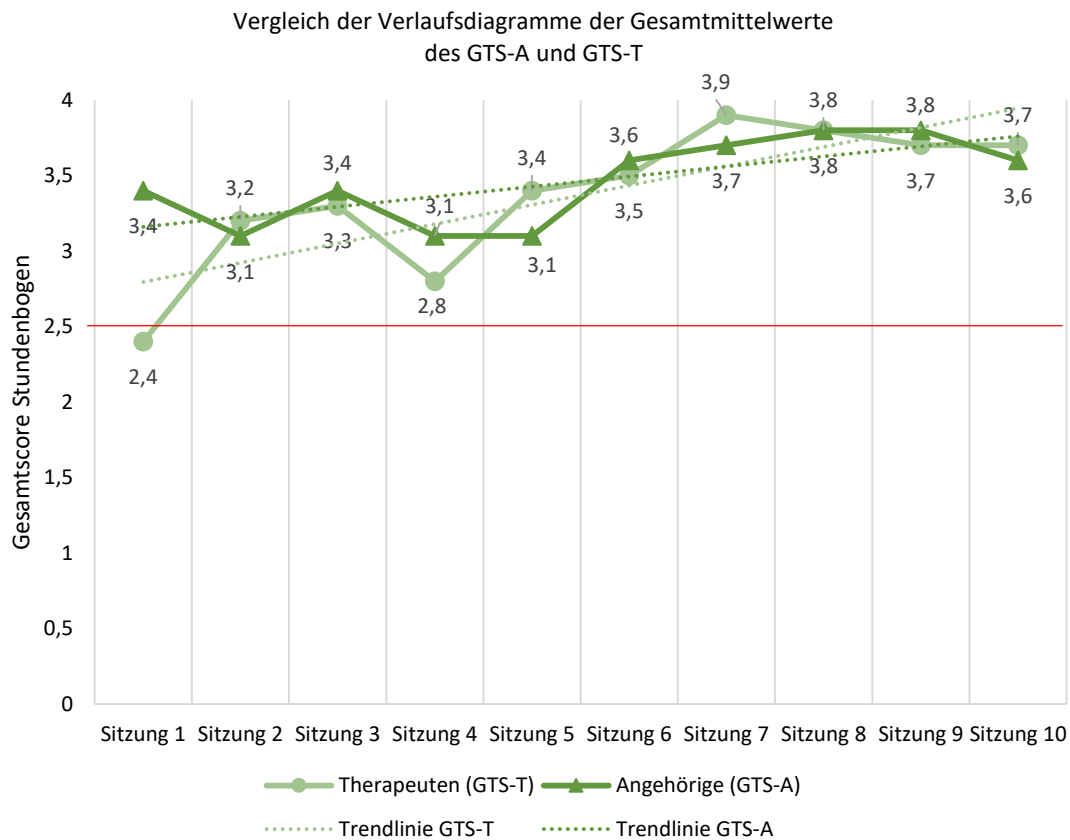


Abbildung 9.26: Vergleich der Stundenbeurteilung (Gesamtmittelwerte) der Therapeuten (GTS-T) und der Angehörigen (GTS-A) für alle 10 Sitzungen

Aus der deskriptiven Betrachtung der Trendlinien in Abbildung 9.26 wird ersichtlich, dass sowohl die Angehörigen als auch die Therapeuten die einzelnen Sitzungen mit einem leicht positiven Aufwärtstrend bewerten: Bei den Therapeuten steigt der Wert von 2.4 auf 3.7: Nach einem anfänglichen Anstieg der Bewertung sinkt sie in Sitzung 4 leicht ab, bevor sie bis Sitzung 7 wieder ansteigt. Ab Sitzung 7 sinkt sie von 3.9 leicht ab bis auf 3.7 in Sitzung 10. Bei den Angehörigen steigt der Wert von 3.4 in Sitzung 1 auf 3.6 in Sitzung 10: Die Sitzungsbewertungen der Angehörigen lassen einen Aufwärtstrend erkennen, der durch einen leichten Knick nach unten in den Sitzungen 4, 5 und 10 unterbrochen wird. Insgesamt wird auch deutlich, dass nicht alle Sitzungen gleich bewertet werden. Das bedeutet: Die Gruppensitzungen werden nicht nur mit einem positiven Trend bewertet, sondern auch unterschiedlich.

9.2.4. Beurteilung der Sitzung 6 im GTS-A und GTS-T

Die Bewertungen zu Sitzung 6 (dialektische, nicht wertende Grundhaltung) werden extra aufgeführt, da diese Sitzung zwar im Manual mit einer Überschrift betitelt, aber nicht näher beschrieben wird. So wurde die Sitzung im Rahmen dieser Studie ausgearbeitet und es ist von Interesse, wie die Angehörigen und Therapeuten sie bewerten. Wie Abbildung 9.27 zeigt, beurteilen sowohl die Angehörigen als auch die Therapeuten Sitzung 6 durchgehend positiv ($M \geq 2.5$). Die Bewertungen der Angehörigen sind in dieser Sitzung am höchsten für die *innere Beteiligung* und die *Zufriedenheit*. Am niedrigsten bewerten sie ihre *aktive Mitarbeit*. Ähnlich wie die Angehörigen schätzen auch die Gruppenleiter die *innere Beteiligung* der Angehörigen am höchsten ein; sie vergeben den Maximalwert von $M = 4.0$. Am geringsten bewerten die Gruppenleiter die Sitzung als *erfolgsversprechend* für die Angehörigen, während die Angehörigen die Sitzung mit einer Bewertung von $M = 3.5$ durchaus als *erfolgsversprechend* ansehen. Die *Gruppenatmosphäre* schätzen Therapeuten und Angehörige gleich positiv ein ($M = 3.4$).

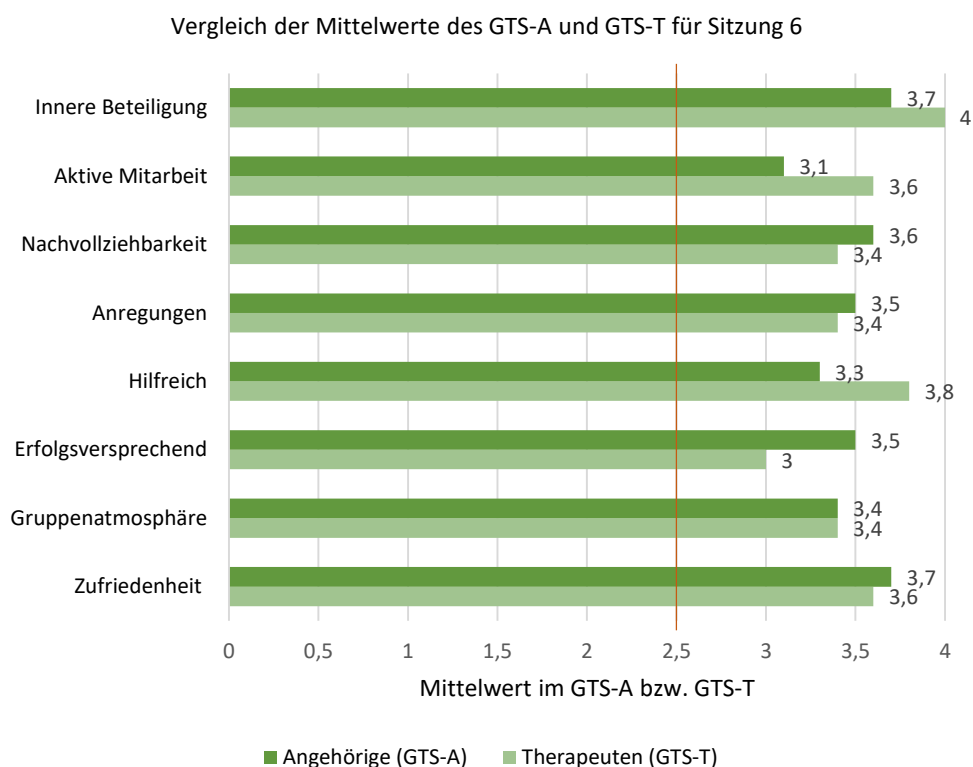


Abbildung 9.27: Vergleich der Itembeurteilungen der Angehörigen (GTS-A) und Therapeuten (GTS-T) für Sitzung 6

10. Diskussion

Nach Kenntnisstand der Autorin ist diese Pilotstudie die erste Evaluationsstudie eines psychoedukativen Gruppenprogramms für Angehörige von Patienten mit BPS im deutschsprachigen Raum. Im Fokus stand die Frage, inwiefern das zugrunde liegende Manual im Sinne einer psychoedukativen Maßnahme wirksam ist und Einfluss auf das Krankheitswissen, die Belastung und die Lebensqualität der Angehörigen hat (summativ Evaluation). Zusätzlich wurde untersucht, ob Veränderungsbedarf am Manual besteht (formative Evaluation). Die Diskussion der Ergebnisse wird gemäß der bisherigen Darstellung getrennt für die beiden Evaluationsaspekte anhand der einzelnen Fragestellungen vorgenommen.

10.1. Diskussion der summativen Evaluation

Hauptziel der summativen Evaluation war es, herauszufinden, ob das zugrunde liegende Gruppenmanual psychoedukativ wirksam ist. Dazu wurde untersucht, ob das Krankheitswissen sowie die Lebensqualität der Angehörigen durch die Teilnahme an der Gruppe zunahm und sich die Belastung reduziert hat. Hierzu füllten alle Angehörigen, die an mindestens fünf der zehn Gruppensitzungen teilgenommen hatten ($n = 33$), jeweils vor und nach dem Gruppendurchlauf bezüglich der oben genannten Variablen Selbsteinschätzungsfragebögen aus. Mit dem Feedbackfragebogen, den die Angehörigen am Ende des Gruppendurchlaufs ausfüllten, sollten Erkenntnisse zur Akzeptanz des Gruppenprogramms gewonnen werden. Die explorativen Fragestellungen dienen dem Erkenntnisgewinn über mögliche Zusammenhänge zwischen bestimmten Variablen.

10.1.1. Krankheitswissen

Die Angehörigen weisen nach dem 10-wöchigen Gruppenprogramm einen höheren Wissensstand bezüglich der BPS auf als vorher. Insgesamt zeigten 31 der 33 Angehörigen nach der Teilnahme an der Psychoedukationsgruppe ein besseres Verständnis beim Beantworten der Wissensfragen im Wissensfragebogen; d. h., die Mehrheit (94 %) erreichte einen Wissenszuwachs. Damit kann Hypothese 1, dass bei den Angehörigen nach der Psychoedukation ein Wissenszuwachs festzustellen ist, bestätigt werden.

Bei zwei Angehörigen (6 %) verschlechterte sich das Wissen nach der Psychoedukationsgruppe. Noch dazu waren die Werte beider Personen nach der Gruppe mit 53 bzw. 43 Punkten unterdurchschnittlich ($M = 58$). Diese Verschlechterung könnte daran liegen, dass die beiden Personen zu Beginn des Gruppenprogramms einige Antworten im Wissensfragebogen möglicherweise nur geraten haben, anstatt sie zu wissen. Vielleicht war

auch die Motivation der zwei Angehörigen in der letzten Sitzung beim Beantworten der Fragen niedrig und sie kreuzten unkonzentriert oder zu schnell an. Zuletzt könnte es noch sein, dass sie das vermittelte Wissen in den Stunden möglicherweise falsch verstanden haben und dementsprechend nach der Psychoedukation falsch antworteten.

Erfreulich ist, dass der Wissenszuwachs mit keiner anderen Variablen korrelierte und somit unabhängig beispielsweise von Geschlecht, Alter, Schulbildung, Vorerfahrung und Anzahl an besuchten Sitzungen zu sein scheint. Dadurch ist das Psychoedukationsprogramm gleichermaßen für Männer und Frauen geeignet, für jedes Alter und jeden Bildungsgrad und für alle Angehörigen, unabhängig von ihrer Vorerfahrung. Und obwohl das Psychoedukationsprogramm für 10 Sitzungen ausgelegt ist, zeigen 31 der 33 Angehörigen, unabhängig von der Anzahl der besuchten Sitzungen, einen Wissenszuwachs. Die beiden Personen, die nur an 5 der 10 Sitzungen teilgenommen haben, verbesserten ihre Punktzahl im Wissensfragebogen signifikant von 23 auf 47 Punkte bzw. von 55 auf 73 Punkte. Auch wenn zwei Angehörige ihr Wissen nicht verbesserten, scheint der Wissenszuwachs unabhängig davon zu sein, wie viele der 10 Gruppensitzungen besucht wurden.

Einige dieser Ergebnisse stimmen mit den Ergebnissen aus der Studie von Pitschel-Walz (1997) mit Angehörigen von Patienten mit Schizophrenie überein: Auch da erfolgte der Wissenszuwachs unabhängig von Schulbildung, Alter und Vorerfahrungen der Angehörigen. Allerdings wurde bei dem psychoedukativen Gruppenprogramm für Angehörigen schizophrener Patienten ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl der besuchten Gruppensitzungen und dem erreichten Wissenszuwachs gefunden: Je häufiger die Angehörigen am Gruppenprogramm teilgenommen hatten, desto größer war auch ihr Wissenszuwachs. Dass der Wissenszuwachs unabhängig von der Anzahl der besuchten Sitzungen ist, könnte damit zusammenhängen, dass 14 der 17 Fragen in dem hier verwendeten Wissensfragebogen den Kenntnisstand über die BPS abfragen, der vor allem in der ersten Gruppenhälfte vermittelt wird. Zur zweiten Hälfte der Gruppensitzungen werden lediglich drei Fragen gestellt. Somit könnte man im Wissensfragebogen auch gut abschneiden, wenn überwiegend die ersten Gruppensitzungen besucht wurden. Es scheint sinnvoll, den Wissensfragebogen in dieser Hinsicht zu modifizieren und für ein ausgewogeneres Fragenverhältnis zu sorgen. Damit würde sich der Fragebogen von einer überwiegenden Wissensabfrage über Aspekte der BPS zu einem spezifischen Angehörigen-Wissensfragebogen erweitern, in dem auch der Wissenszuwachs im Umgang der Angehörigen mit dem BPS-Patienten abgefragt wird.

Bei einer genaueren Betrachtung des Wissensfragebogens sind weitere Schwächen erkennbar. Bei 10 der 17 Fragen aus dem Wissensfragebogen zeigt sich kein signifikanter

Unterschied nach der Psychoedukationsgruppe. Auffällig ist, dass sich vier dieser Fragen (7, 8, 9 und 10) auf die medikamentöse Behandlung beziehen. Hinzu kommt, dass drei der vier Fragen (7, 8 und 10) bezüglich der Psychopharmaka die drei Fragen sind, die insgesamt (sowohl vor als auch nach der Gruppe) am schlechtesten beantwortet wurden. Der ausbleibende Wissenszuwachs diesbezüglich könnte sechs Ursachen haben:

- Zum einen wäre es möglich, dass die Wissensfragen zu den Medikamenten zu schwer sind. Dies erscheint erwägenswert, wenn man betrachtet, wie viele Wissensfragen zu den Medikamenten im Wissensfragebogen gestellt werden (4 von 17 Fragen) im Vergleich zum Verhältnis, das die Informationsvermittlung zu den Medikamenten innerhalb der Sitzungen einnimmt, nämlich lediglich eine von zehn. Es kommen im Wissensfragebogen also relativ viele Fragen zu den Medikamenten vor, obwohl das Thema „medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten“ innerhalb des ganzen Gruppenprogramms nur in einer der zehn Sitzungen behandelt wird. Somit könnte es notwendig sein, die Fragen in Bezug auf die Medikamente im Wissensfragebogen nicht nur zu reduzieren (z. B. von vier Fragen auf zwei), sondern auch zu vereinfachen und sie an das Manual anzupassen.
- Zum anderen könnte es sein, dass die Medikamentensitzung im Manual zu schwierig und/oder nicht verständlich ist und deshalb modifiziert werden sollte. Somit wäre es möglich, dass die Angehörigen nicht ausreichend aufgeklärt wurden und deshalb keine Verbesserung ihres Wissens zeigten.
- Wie bereits im Theorieteil erläutert, leiden Angehörige von BPS-Patienten häufig selbst unter psychischen Problemen. Demzufolge könnten sie Schwankungen in der Konzentrationsfähigkeit aufweisen und möglicherweise deshalb Fragen im Wissensfragebogen (v.a. komplexe Fragen bezüglich der Medikamente) nach der Psychoedukation nicht richtig beantworten.
- Da die Gruppensitzung zu den Psychopharmaka immer vom gleichen Gruppenleiter durchgeführt wurde (Oberarzt), wäre es denkbar, dass ein Versuchsleiter-effekt für diese Sitzung vorliegt. Demnach könnte es sein, dass dem Gruppenleiter die Umsetzung des Manuals in dieser Gruppenstunde nicht gut gelungen ist, weshalb kein Wissenserwerb bezüglich der medikamentösen Behandlung möglich war. Betrachtet man jedoch die positiven Bewertungen anderer Sitzungen, die der Oberarzt gehalten hat, ist viel eher davon auszugehen, dass das schlechte Resultat nicht auf den Gruppenleiter, sondern auf das Gruppenthema zurückzuführen ist.

- Darüber hinaus ist zu erwähnen, dass Frage 10 spezifische Medikamentennamen abfragt. Dass sich die Angehörigen an diese hochspezifischen Fachtermini am Ende der Sitzung nicht mehr erinnerten, ist in Hinblick auf Lerntheorien nicht verwunderlich. Denn um solche Inhalte im Gedächtnis zu behalten, wären Wiederholungen nötig (Rinck, 2016). Wäre es das Ziel, dass die Angehörigen nach der Psychoedukationsgruppe die Namen der Medikamente erinnern, sollten die Fachausdrücke in der einen oder anderen Sitzung wiederholt werden.
- Bei der Erstellung des Fragebogens wurde darauf geachtet, möglichst alle Themen, die zur BPS vermittelt werden, abzufragen. Es ist jedoch zu überlegen, ob die Fragen bezüglich der Medikamenteneinnahme überhaupt sinnvoll sind. Denn wie oben bereits erwähnt, dienen die Medikamente bei BPS-Patienten in erster Linie der Behandlung der Komorbiditäten und diese können sehr unterschiedlich ausfallen. So werden bei den Betroffenen der teilnehmenden Angehörigen viele unterschiedliche Medikamente eine Rolle spielen. Alle näher zu erläutern bzw. im Wissensfragebogen abzufragen erscheint wenig sinnvoll und könnte die Angehörigen überfordern. Somit erscheint das Thema der Psychopharmaka zu komplex, um tatsächlich Fragen diesbezüglich nach einer Gruppensitzung beantworten zu können.

Der Wissensfragebogen sollte in künftigen Studien auf seine Gütekriterien überprüft werden.

Insgesamt passen die Befunde des Wissenszuwachses zu den Ergebnissen aus anderen Studien zu psychoedukativen Angehörigengruppen. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Studie von Pearce et al. (2017) – die einzige Studie, die in Bezug auf den Wissenszuwachs für die gleiche Stichprobengruppe in der Literatur zu finden ist. In dieser Studie wiesen die Angehörigen von *jugendlichen* BPS-Patienten nach der Teilnahme an einem psychoedukativen Gruppenprogramm (MS-BPD) ebenfalls ein höheres Wissen auf als vorher.

Die Ergebnisse sind ebenfalls konsistent zu den Befunden aus Studien zu Angehörigen von Patienten mit anderen psychischen Störungen. Bei Angehörigen schizophrener Patienten scheint der Wissenszuwachs durch psychoedukative Gruppenprogramme erwiesen (z. B. Bäuml & Pitschel-Walz, 2012; Berger et al., 2004; Marchira et al., 2017; McWilliams et al., 2010; Pitschel-Walz et al., 2012; Reichhart et al., 2010). Dies scheint auch für Angehörige von Patienten mit Depression (z. B. Pitschel-Walz, 2005) und bipolaren Störungen (z. B. Hubbard et al., 2016; Reinares et al., 2004) zu gelten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Angehörigen von der Psychoedukationsgruppe in Bezug auf ihr krankheitsbezogenes Wissen profitiert haben. Damit erfüllt das Manual den psychoedukativen Anspruch als Wissensvermittlung und Bildung und wirkt im Sinne von *educere*, also dem „Herausführen“ aus einem Informationsdefizit (Bäumel et al., 2010).

10.1.2. Belastung

Die vorliegende Studie zeigt einen positiven Einfluss des psychoedukativen Gruppenprogramms auf das Belastungserleben der Angehörigen: Die Intensität sowohl der Gesamtbelastung als auch diejenige der Belastung auf den vier Subskalen (*Spannung, Kontrolle, Sorgen, Drängen*) nahmen über die Teilnahme an der Gruppe signifikant ab – wobei dieser Effekt differenziert zu betrachten ist (s. weiter unten). Damit kann Hypothese 2, dass die Angehörigen nach der Psychoedukation weniger belastet sind als vorher, zugestimmt werden.

Wie aus der Literatur bekannt ist, beruht die Belastung aufseiten der Angehörigen vor allem auf einem Informationsdefizit bezüglich der Erkrankung und Schwierigkeiten im Umgang mit dem Betroffenen (Buteau et al., 2008; Dunne & Rogers, 2013; Schmid et al., 2003). Das vorliegende Psychoedukationsprogramm bedient genau diese beiden Bedürfnisbereiche: In der ersten Hälfte steht die Informationsvermittlung über das Störungsbild im Vordergrund, in der zweiten Hälfte die Vermittlung neuer Fertigkeiten im Umgang mit dem Betroffenen. Die entlastende Wirkung des Programms könnte demnach auf die gute inhaltliche Konzeption des Manuals zurückzuführen sein, indem Angehörige ihre Wissenslücken schließen und neue Fertigkeiten im Umgang mit dem BPS-Erkrankten lernen konnten.

Die Abnahme der Belastung könnte zudem daran liegen, dass die Angehörigen im Setting dieser Psychoedukationsgruppe möglicherweise zum ersten Mal Gehör fanden. Angehörige von psychisch Kranken wollen über ihre Ängste, Sorgen, Zweifel, Traurigkeit und Schuldgefühle sprechen (Bauer, Koepke, et al., 2012). Auch wenn dieses Gruppenprogramm eine psychoedukative Gruppe ist, in der die Informationsvermittlung im Vordergrund steht, bot es dennoch ausreichend Raum für einen emotionalen Austausch unter den Angehörigen. 24 der 33 Angehörigen (73 %) hatten vor dieser Psychoedukationsgruppe noch nie an einem Angebot für Angehörige von BPS-Patienten teilgenommen. Somit kamen sie vermutlich erstmals mit Menschen mit einem ähnlichen Schicksal zusammen und machten im Kreise von Gleichgesinnten die entlastende Erfahrung, dass andere ähnliche Schwierigkeiten haben und dass Überforderungs- und Resignationsgefühle kein Ausdruck eigener Unfähigkeit, sondern die meist unausweichliche Folge der

Erkrankung des Betroffenen sind (Pitschel-Walz & Bäuml, 2008). Ausgedrückt im Fachjargon der Gruppenwirkfaktoren würde dies bedeuten, dass der Faktor „Universalität des Leidens“ gut umgesetzt wurde. Dies passt zu den Befunden anderer verhaltenstherapeutischer Gruppen, die zeigten, dass die Erkenntnis, mit dem Leiden nicht allein zu sein (Universalität), ein guter Prädiktor für den späteren Behandlungserfolg ist (z. B. Fiedler et al., 1986). Ebenso könnten andere Gruppenwirkfaktoren zur Belastungsreduktion beigetragen haben wie „Hoffnung wecken“, „Mitteilen von Information“, „Imitationsverhalten“, „Altruismus“, „Gruppenkohäsion“ und „Entwicklung von sozialer Kompetenz“.

Des Weiteren dürfte das Erlernen neuer Bewältigungsmechanismen im Umgang mit dem Betroffenen mit der Belastungsreduktion zusammenhängen. Dafür würden auch die Ergebnisse von Goncalves-Pereira et al. (2013) sprechen, die herausfanden, dass bei Angehörigen von Patienten mit Psychosen fehlende Bewältigungsmechanismen mit emotionalem Disstress korrelieren und dass emotionaler Disstress ein guter Prädiktor für die Belastung der Angehörigen ist. Demzufolge dürften sich durch das Erlernen neuer Umgangsformen mit dem Betroffenen der emotionale Disstress und damit auch die Belastung der Angehörigen reduziert haben.

Auch das Erlernen von Basiswissen über das Konzept der Achtsamkeit könnte zur Belastungsreduktion beigetragen haben. Achtsamkeit könnte gemeinsam mit dem verbesserten Verständnis über die Störung und das Verhalten des Betroffenen bei den Angehörigen zu einer Akzeptanz der Situation geführt haben, wodurch sie den Umgang mit dem Betroffenen nicht mehr als Kampf, sondern als Herausforderung sehen könnten. Zudem fördert Achtsamkeit die Verbesserung der eigenen Emotionsregulation und den selbstfürsorglichen Umgang mit sich selbst (Berking & Znoj, 2006), was entlastend wirken kann.

Betrachtet man geschlechtsspezifische Unterschiede, so fällt auf, dass überwiegend die Frauen von der Belastungsreduktion profitierten. Bei den Männern zeigte sich lediglich eine Entlastung auf der Subskala *Drängen*. Interessant ist, dass die Männer vor dem Gruppendurchlauf und nach Beendigung des Psychoedukationsprogramms belasteter waren als die Frauen. Dieser Unterschied könnte auf die kleinen Stichprobengrößen (Männer (n = 14), Frauen (n = 19)) zurückzuführen sein. Eventuell sind auch männliche Angehörige von BPS-Patienten belasteter als weibliche. Betrachtet man jedoch die Art des Beziehungsverhältnisses, so fällt auf, dass die männlichen Angehörigen in dieser Studie überwiegend *Partner* eines BPS-Patienten waren, während es sich bei den weiblichen Angehörigen vor allem um *Mütter* handelte. Es könnte somit sein, dass die Belastungsabnahme weniger mit dem Geschlecht zusammenhängt, als vielmehr mit der Art

des Beziehungsverhältnisses zum Betroffenen. Lässt man die Geschlechterdifferenzierung beiseite und betrachtet die Erkenntnisse zur Belastungsreduktion für die Subgruppen *Eltern* und *Partner* insgesamt, so wird deutlich, dass Partner – im Gegensatz zu Eltern – keine Belastungsreduktion im IEQ-EU zeigten. Es wäre möglich, dass die Konzeption des vorliegenden Gruppenprogramms eher auf die Bedürfnisse von *Eltern* eines BPS-Patienten und nicht auf die von *Partnern* zugeschnitten ist.

Eine weitere Überlegung ist, dass die hohe Belastung der Männer weder auf das Geschlecht noch auf das Beziehungsverhältnis zurückzuführen ist, sondern vielmehr auf die Intensität des Kontaktes zum BPS-Patienten. Denn Männer lebten häufiger mit dem BPS-Patienten in einem gemeinsamen Haushalt als Frauen. Und Angehörige, die mit dem Betroffenen in einem gemeinsamen Haushalt lebten, zeigten weniger Belastungsreduktion als Angehörige, die mit dem BPS-Patienten *nicht* zusammenlebten. Ein gemeinsamer Haushalt und der damit verbundene häufige Kontakt könnten zu engeren Beziehungen zu dem BPS-Patienten führen, die durch hoch komplexe transaktionale Prozesse gekennzeichnet sind, zu äußerst sensiblen und hoch reaktiven Reaktionen führen (Fruzzetti & Payne, 2015; Fruzzetti et al., 2005) und dadurch die Belastung dieser Angehörigengruppe möglicherweise verstärken. Durch die hälftige Aufteilung der Sitzungen zur Vermittlung von Wissen und zur Vermittlung von Fertigkeiten im Umgang mit dem Betroffenen wird das vorliegende Gruppenmanual den besonderen Bedürfnissen solch intensiver Beziehungen eventuell nicht ausreichend gerecht. Es könnte sinnvoll sein, das Manual um weitere Sitzungen zur Vermittlung von Fertigkeiten im Umgang mit dem Betroffenen zu erweitern, z. B. durch das Modul *Achtsamkeit in Beziehungen* (relationship mindfulness) aus dem „Family Connections“-Programm (Fruzzetti & Hoffman, 2004).

Die in dieser Pilotstudie gefundenen Geschlechterunterschiede sind widersprüchlich zu den aktuellen Befunden von Yu et al. (2019), die herausfanden, dass weibliche Angehörige eines psychisch Kranken häufiger unter Depressionen und Ängsten leiden als männliche und demnach auch belasteter sein müssten. Betrachtet man nur die Geschlechter von Vätern und Müttern, stehen die Ergebnisse auch den Befunden von Friedrich et al. (2015) diametral entgegen, die zeigen konnten, dass Mütter von psychisch Kranken belasteter sind als Väter. Es bedarf weiterer Forschung zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bezüglich der Belastung von Angehörigen von Patienten mit BPS.

Zusammenfassend können in dieser Studie die Angehörigenmerkmale *männlich*, *gemeinsamer Haushalt* und *Partner eines BPS-Patienten* mit einer geringeren Belastungsreduktion in Verbindung gebracht werden, die konträren Merkmale *weiblich*, *kein gemeinsamer Haushalt* und *Eltern eines Betroffenen* hingegen mit einer positiven Belastungsreduktion.

Interessant ist ebenfalls, dass die Ergebnisse der vorliegenden Pilotstudie widersprüchlich sind zu den Ergebnissen in der Arbeit von Hoffman et al. (2003), in der ein größeres Wissen über die BPS bei den Familienmitgliedern mit einem höheren Level an Disstress, Belastung, Depression und Feindseligkeit dem Patienten gegenüber in Verbindung gebracht wurde. In dieser Pilotstudie korrelierte das Wissen nicht mit der Belastung. Die konträren Befunde könnten mit den unterschiedlichen Studiendesigns zusammenhängen. In der Studie von Hoffman et al. (2003) wurden Selbsteinschätzungsfragebögen und Interviews eingesetzt und die Befunde anschließend miteinander korreliert. Gemäß der Ansicht der Autoren ist es demnach unmöglich zu wissen, ob das höhere Wissen für die höhere Belastung verantwortlich ist oder ob sich besonders belastete Angehörige eher mit Informationen versorgen und demnach mehr wissen. Zudem ist unklar, wie die Angehörigen zu ihrem Wissen gelangt sind. Sie könnten beispielsweise über pessimistische/„pessimistic“ (Hoffman et al., 2003, S. 477) Quellen zu Informationen gekommen sein, was sie eher be- als entlasten könnte. In der vorliegenden Pilotstudie wurde der Wissenserwerb der Angehörigen durch den Besuch einer manualisierten Psychoedukationsgruppe kontrolliert. Jedoch ist anzumerken, dass zur reinen Informationsvermittlung über die BPS auch die Vermittlung von Fertigkeiten im Umgang mit dem Betroffenen in der vorliegenden Psychoedukationsgruppe eine Rolle spielte. Inwiefern die Belastungsreduktion möglicherweise nur auf diese Sitzungen zurückzuführen ist, bleibt offen. Eine mögliche Schlussfolgerung ist, dass eine reine Edukation (so sind die Angehörigen in der Studie von Hoffmann et al. (2003) vermutlich zu ihrem Wissen gelangt) für eine Belastungsreduktion nicht ausreicht, während eine Psychoedukation durchaus zu einer Belastungsreduktion beitragen kann. Es bedarf somit weiterer Forschung, um zu klären, welchen Einfluss die reine Informationsvermittlung über die BPS (Edukation) im Vergleich zu Psychoedukation auf das Belastungserleben der Angehörigen hat.

Auch im Unterschied zu den Ergebnissen von Hoffman et al. (2003), bei denen das Alter der Angehörigen von Patienten mit BPS mit der Belastung (und Depression) korrelierte (je jünger die Angehörigen waren, desto höher war die Belastung), spielte das Alter bei der Belastungsreduktion der Angehörigen in dieser Pilotstudie keine Rolle. Da die Altersverteilung in dieser Pilotstudie erfreulich hoch streute und das Alter mit keiner Variable korrelierte, spricht dies dafür, dass das vorliegende Manual für alle Altersgruppen geeignet ist und das Potenzial hat, die Belastung bei Angehörigen jeglichen Alters zu reduzieren.

Die Ergebnisse der Belastungsreduktion durch das psychoedukative Gruppenprogramm stimmen mit den vier vorhandenen Evaluationsstudien zu Angehörigen von Patienten

mit BPS, die es diesbezüglich gibt, überein: Sowohl die Teilnahme am „Family Connections“-Programm von Hoffmann et al. (2005, 2007) als auch am MS-BPD-Programm von Pearce et al. (2017) führte zu einer Belastungsreduktion bei den Angehörigen. Flynn et al. (2017) bestätigten den Nutzen des „Family Connections“-Programms in Bezug auf die Belastungsreduktion im Vergleich zu einfacher Psychoedukation. Auch die Studienlage zu Angehörigen von Patienten mit anderen psychiatrischen Diagnosen stützen die vorliegenden Befunde. Eine Belastungsreduktion durch die Teilnahme an psychoedukativen Programmen scheint für die Angehörigen von Patienten mit Schizophrenie erwiesen zu sein (z. B. Bäuml & Pitschel-Walz, 2008; Bulut et al., 2016; Gonçalves-Pereira et al., 2017; Hazel et al., 2004; Ozkan, Erdem, Demirel Ozsoy & Zararsiz, 2013; Pitschel-Walz & Bäuml, 2017; Sin et al., 2017). Ebenso gibt es Hinweise auf eine entlastende Wirkung psychoedukativer Programme für die Angehörigen von Patienten mit bipolarer Störung (z. B. Hubbard et al., 2016) und von Patienten mit Demenz (z. B. Pinquart & Sörensen, 2006). Generell scheinen die Angehörigen von Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose von psychoedukativen Gruppenprogrammen zu profitieren (Navidian, Kerman-saravi & Rigi, 2012).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das vorliegende Manual das von Pitschel-Walz und Bäuml (2008) für Psychoedukation geforderte Ziel von emotionaler Entlastung erfüllt.

10.1.3. Lebensqualität

Die Betrachtung der Ergebnisse zur Lebensqualität ergibt, dass nahezu alle Angehörigen bereits zu Beginn der Psychoedukationsgruppe eine sehr hohe Lebensqualität angaben. Diese hohe Lebensqualität verbesserte sich im Laufe der psychoedukativen Gruppentherapie nicht weiter signifikant. Hypothese 3, dass die Angehörigen nach dem Gruppenprogramm eine höhere Lebensqualität aufweisen als vorher, muss somit verworfen werden. Betrachtet man allerdings nur die weiblichen Angehörigen, so weisen diese auf der Subskala *Psychisches Wohlbefinden* nach der Psychoedukation einen signifikant höheren Wert auf als vorher. Da Angehörige von BPS-Patienten häufig selbst pathologische Auffälligkeiten zeigen, Frauen häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen zu sein scheinen als Männer und weibliche Angehörige eines psychisch Kranken häufiger unter Depressionen und Ängsten leiden (Bailey & Grenyer, 2014; Boothe & Riecher-Rössler, 2013; Kirtley et al., 2018; Schigl, 2018; Yu et al., 2019), könnte das vorliegende Gruppenprogramm bei den teilnehmenden Frauen therapeutisch im Sinne einer eigenen Symptomlinderung wirksam gewesen sein. Eine Verbesserung der eigenen Symptomatik dürfte sehr wahrscheinlich mit einer Verbesserung des *psychischen*

Wohlbefindens einhergehen. In Hinblick auf die inhaltlichen Fragen der Subskala *psychisches Wohlbefinden* des WHOQOL-BREF könnte es demnach sein, dass Frauen nach der Gruppe ihr Leben wieder besser genießen können, weniger negative Gefühle aufweisen und zufriedener mit sich sind. In zukünftigen Studien könne es sinnvoll sein, psychopathologische Auffälligkeiten der Angehörigen im Prä-post-Design mit zu erheben (z. B. BDI oder BSL-23), um den Einfluss des Psychoedukationsprogramms auf die Psychopathologie der Angehörigen zu überprüfen und diesbezügliche geschlechterspezifische Unterschiede aufzudecken.

Dass insgesamt die Lebensqualität nicht signifikant anstieg, muss jedoch nicht unbedingt interpretiert werden als fehlende Wirksamkeit des vorliegenden Gruppenprogramms, die Lebensqualität zu erhöhen. Die Ergebnisse könnten durch die geringe statistische Power durch die kleine Stichprobengröße ($n = 33$) erklärt werden. Außerdem könnte es sein, dass sich für das ambulante Gruppenprogramm nur sehr engagierte Angehörige anmeldeten, die gut im Alltag funktionieren und bei denen die Lebensqualität ohnehin schon hoch ist. Gleichzeitig ist anzumerken, dass sich durch die Teilnahme am psychoedukativen Gruppenprogramm weder die Situation mit dem Erkrankten noch die Erkrankung des Betroffenen selbst verändern. Die Angehörigen bleiben konfrontiert mit dem Störungsbild und den damit einhergehenden zwischenmenschlichen Schwierigkeiten. Betrachtet man die Lebensqualität aus dieser Perspektive, so ist es nachvollziehbar, dass sich keine Verbesserungen ergeben haben.

Eventuell ist auch mit dem WHOQOL-BREF das Messinstrument ungünstig gewählt, da er beispielsweise eine Subskala enthält, auf der das „Physische Wohlbefinden“ gemessen wird. Durch die Teilnahme an einer Psychoedukationsgruppe waren diesbezüglich keine Veränderungen zu erwarten.

Dennoch spricht die Forschungslage dafür, dass psychoedukative Angehörigengruppen das Potenzial haben, die Lebensqualität zu erhöhen: Für die Angehörigen von schizophren Erkrankten scheint die Erhöhung der Lebensqualität durch die Teilnahme an Psychoedukationsgruppen belegt (z. B. Ngoc, Weiss & Trung, 2016; Pitschel-Walz & Bäuml, 2017; Soliman et al., 2018). Auch gibt es Hinweise darauf, dass die Angehörigen von Patienten mit bipolarer Störung (z. B. Gex-Fabry et al., 2015) und von Patienten mit Alzheimer-Erkrankung in Bezug auf die Lebensqualität von Psychoedukationsgruppen (z. B. Martín-Carrasco et al., 2009) profitieren.

In zukünftigen Studien mit größeren Stichproben sollte die Möglichkeit der Lebensqualitätserhöhung im Gruppenverlauf nach dem vorliegenden Manual überprüft werden.

10.1.1. Feedbackfragebogen

Betrachtet man die Ergebnisse aus dem Feedbackfragebogen, so lässt sich insgesamt sagen, dass die Psychoedukationsgruppe sehr gut angenommen wurde. Das Feedback der Teilnehmer bestätigt noch einmal, dass Psychoedukation gut gelungen ist, da die beiden Teilziele „Verbesserte Bewältigung und Unterstützung bei Krisen“ und „Verbesserung des innerfamiliären Umgangs, vor allem im Hinblick auf die Erkrankung“ (Bäumli & Pitschel-Walz, 2008, S. 4) laut Rückmeldungen erreicht werden konnten.

Wie hilfreich empfanden die Angehörigen die Gruppe?

73 % der Angehörigen dieser Pilotstudie empfanden das psychoedukative Gruppenprogramm als „sehr hilfreich“ und 24 % als „hilfreich“. Ähnliche Ergebnisse berichtet Pitschel-Walz (2005) über die Angehörigen von Patienten mit Depressionen: 56 % der Angehörigen empfand die Psychoedukationsgruppe als „sehr hilfreich“ und 44 % als „hilfreich“.

Nur eine Person (3 %) in dieser Pilotstudie empfand die Gruppe als „wenig hilfreich“. Bei genauerer Analyse der Daten zeigte sich, dass dieser Angehörige auch beim Wissen im Vergleich zum Durchschnitt weniger profitierte. Er machte zwar einen großen Wissenssprung von 23 Punkten auf 47 Punkte nach dem Gruppendurchlauf, blieb aber zu beiden Messzeitpunkten unterdurchschnittlich ($M_{t1} = 44,03$; $M_{t2} = 58,82$). Subjektiv fühlte sich diese Person auch nur „gut“ informiert (statt „sehr gut“) und nur „etwas“ entlastet (statt „sehr entlastet“ und „ziemlich entlastet“). Aufgrund des spezifischen Antwortverhaltens dieser Person in Relation zu ihrer Performance (z. B. Verdopplung des Wissensscores) und im Vergleich zu den positiven Rückmeldung der anderen Angehörigen scheint es möglich, dass die Antworten weniger mit einer Unzufriedenheit mit dem Gruppenprogramm zusammenzuhängen als vielmehr mit einer Antworttendenz im Sinne einer Tendenz zur Mitte.

Wie entlastend wurde die Gruppe von den Angehörigen empfunden?

Mindestens „ziemlich entlastet“ fühlten sich 60 % der Angehörigen. Die Ergebnisse stimmen mit den Befunden in der Literatur zur Entlastung psychoedukativer Angehörigengruppen überein (z. B. Flynn et al., 2017; Hazel et al., 2004; Hoffman et al., 2005; Martín-Carrasco et al., 2009; Navidian et al., 2012; Ozkan et al., 2013; Pearce et al., 2017; Pinquart & Sörensen, 2006). Demnach scheint die Teilnahme an einer Gruppentherapie nach vorliegendem Manual eine Entlastung bei den Angehörigen zu ermöglichen.

Würden die Angehörigen die Gruppe weiterempfehlen?

97 % der Angehörigen würden diese Gruppe „auf jeden Fall“ weiterempfehlen. Lediglich eine Person würde sie nur „bedingt“ weiterempfehlen. Betrachtet man die Ergebnisse dieses Angehörigen genauer, so fällt auf, dass diese Bewertung kein Zufall zu sein scheint: Diese Person kreuzte im Feedbackbogen nie die beste Antwortkategorie, sondern immer nur mittlere Antwortkategorien an. Möglicherweise entspricht dies der tatsächlichen Einschätzung des Angehörigen; wahrscheinlicher erscheint jedoch, dass bei dieser Person Antworttendenzen im Sinne einer Tendenz zur Mitte vorliegen. Nach Bogner & Landrock (2015) kann eine solche Tendenz zur Mitte dadurch entstehen, dass die antwortende Person ihren kognitiven Aufwand möglichst gering halten will.

Insgesamt entspricht die Weiterempfehlungsquote der Angehörigen dieser Studie den in der Literatur gefundenen Befunden zur Weiterempfehlung einer Gruppentherapie (z. B. Schaub, Kopinke, Neusser & Charypar, 2007).

Wie gut fühlten sich die Angehörigen durch die Gruppe informiert?

97 % der Angehörigen fühlten sich nach der Teilnahme an der Gruppe mindestens „gut“ informiert. Somit fühlten sich die teilnehmenden Angehörigen in dieser Studie ähnlich gut informiert, wie dies aus Psychoedukationsgruppen für andere Störungsbilder bekannt ist: Die Angehörigen von Patienten mit Depression fühlten sich durch eine Psychoedukationsgruppe sogar zu 100 % mindestens „gut“ informiert (Pitschel-Walz, 2005) und 85 % der Angehörigen von Patienten mit Schizophrenie fühlten sich nach einer Psychoedukationsgruppe mindestens „gut“ informiert. Eine Person in dieser Pilotstudie fühlte sich „weniger gut“ informiert und es zeigte sich, dass diese Person zwar einen Wissenszuwachs aufwies, jedoch mit 25 Punkten vor und 39 Punkten nach der Psychoedukation stets unterdurchschnittlich blieb ($M_{t1} = 44,03$; $M_{t2} = 58,82$). Zusammenfassend sprechen die Befunde dafür, dass das Manual als Informationsvermittlung ganz im Sinne der Psychoedukation gut konzipiert ist und den Angehörigen die Möglichkeit bietet, ihr Wissen zu erhöhen.

Welche Themen waren den Angehörigen wichtig?

Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich und es wurde von den Teilnehmern das gesamte Spektrum der in den Gruppen behandelten Themen genannt. Dies spricht für eine gute Konzeption des Manuals, denn keine Sitzung blieb unbenannt. Besonders wichtig schienen den Angehörigen die Themen „innere Haltung im Umgang mit der Störung“ und „Umgang mit Krisen“ zu sein. Aus der Rückmeldung der Teilnehmer wird deutlich, dass insbesondere die zweite Gruppenhälfte, in der es um die Vermittlung neuer Fertigkeiten geht, beliebt war.

Welche Themen hätten die Angehörigen gern genauer besprochen?

Die Rückmeldung zu den Themen, die die Angehörigen gern genauer besprochen hätten, deckt sich mit der Einstufung der Wichtigkeit der Themen in der vorherigen Frage. Die meisten Teilnehmer hätten gern mehr zur „inneren Haltung im Umgang mit der Störung“, zur „familiären Kommunikation“ und zum „Umgang mit Krisen“ gehört. Auch hier wird deutlich, dass das Bedürfnis der Angehörigen, neue Fertigkeiten zu lernen, höher zu sein scheint als das Bedürfnis nach Kenntnissgewinn über die Störung. Es könnte aber auch sein, dass beides gleich wichtig erachtet wird, jedoch die Zeit, in der das Wissen vermittelt wird, ausreicht, während das Erlernen neuer Fertigkeiten und die Verinnerlichung neuer Strategien zeitaufwendiger sind. Möglicherweise ist es sinnvoll, die Sitzungsdauer in der zweiten Hälfte des Manuals beispielsweise von 90 Minuten auf 120 Minuten zu erhöhen.

Welche Themen haben den Angehörigen gefehlt (offene Frage)?

Um herauszufinden, welche Themen aus Teilnehmersicht gefehlt haben, wurde im Feedbackfragebogen eine offene Frage dazu gestellt. Die offenen Rückmeldungen waren vielfältig und konnten den Kategorien (1) Umgang mit dem Umfeld – wie vermittele ich das Störungsbild anderen? (2) Welche Anlaufstellen für mich als Angehörigen gibt es? (3) besondere Berücksichtigung von Kindern und Partnern von BPS-Betroffenen und (4) Wunsch nach mehr Erfahrungsaustausch in der Gruppe zugeordnet werden.

Um den spezifischen Bedürfnissen der Angehörigen von BPS-Patienten zu begegnen, könnte es sinnvoll sein, dass Manual um oben genannte Inhalte zu ergänzen. Eine weitere Möglichkeit bestünde darin, am Ende des Gruppenprogramms eine themenfreie Sitzung einzuführen, in der den individuellen Wünschen der Angehörigen Raum gegeben wird.

Wie alltagstauglich empfanden die Angehörigen die vermittelten Strategien?

Psychoedukation ist darauf ausgerichtet, die zu vermittelnden Inhalte anhand individueller Beispiele und Erfahrungen interaktiv zu erarbeiten (Borbé et al., 2017). Dies scheint in der vorliegenden Studie gut gelungen zu sein, da die Alltagstauglichkeit der vermittelten Strategien vom Großteil der Angehörigen (70 %) als sehr gut bewertet wurde. Dies spricht für eine sehr gute, umsetzungsfreundliche Konzeption des Manuals bezüglich der Vermittlung neuer Strategien.

Wie wurde die Gruppenatmosphäre eingeschätzt?

Auch die Umsetzung einer vertrauensvollen Gruppenatmosphäre scheint gut gelungen zu sein, da 100 % der Angehörigen die Atmosphäre mindestens als „vertrauensvoll“ einschätzten. Dies spricht dafür, dass es den Gruppenleitern gelungen ist, die instrumentellen Gruppenbedingungen während der psychoedukativen Gruppentherapie zu realisieren.

Wie wurde die Anzahl der Treffen bewertet?

Die Anzahl von insgesamt zehn Gruppentreffen empfand etwa die Hälfte der Angehörigen für „angemessen“ und der anderen Hälfte war dies „zu wenig“. Niemand gab an, die zehn Treffen als „zu viele“ zu empfinden. Mit knapp der Hälfte wünschten sich die Angehörigen von Patienten mit einer BPS in dieser Studie deutlich mehr Treffen als beispielsweise die Angehörigen von Patienten mit Depression: In der Studie von Pitschel-Walz (2005) gaben 84 % der Angehörigen an, die Psychoedukationsgruppe mit einem Umfang von acht Treffen als „angemessen“ zu empfinden. Lediglich 13 % der Angehörigen (im Vergleich zu 48 % der Angehörigen in dieser Pilotstudie) hätten sich mehr als acht Treffen gewünscht. Von den 48 % der Angehörigen, die sich in dieser Pilotstudie mehr Gruppentreffen gewünscht hätten, empfanden dennoch 81 % die Gruppe als „sehr hilfreich“. Bei den Angehörigen von depressiven Patienten verhielt es sich genau seitenverkehrt: Gerade die Patienten, die die Gruppe als „nicht sehr hilfreich“ bewerteten, hätten sich mehr Treffen gewünscht (Pitschel-Walz, 2005). Somit scheinen Angehörige von BPS-Patienten ein hohes Bedürfnis zu haben, über einen längeren Zeitraum zusammenzukommen – entweder, um mehr über die BPS oder den Umgang mit dem BPS-Patienten zu lernen, oder, um möglichst lange den Erfahrungsaustausch in geschütztem Rahmen mit anderen Gleichgesinnten zu genießen.

Wie wurde die Dauer der Treffen bewertet?

Die Mehrheit der Angehörigen (60 %) empfand die Dauer von 90 Minuten pro Treffen als angemessen; 40 % der Teilnehmer hätten sich längere Treffen gewünscht. Die Verteilung bezüglich der Zufriedenheit mit der Dauer der Treffen ist mit 60 % zu 40 % nicht ganz eindeutig. Eine mögliche Verlängerung der Sitzungen – auch in Hinblick auf das Bedürfnis der Angehörigen, einige Sitzungen genauer zu besprechen – scheint erwägenswert. Ein Kompromiss könnte eine Verlängerung um beispielsweise 15 Minuten sein.

Hat sich die Einstellung der Angehörigen gegenüber dem Betroffenen verändert?

85 % der Angehörigen gaben an, dass sich ihre Einstellung gegenüber dem Betroffenen mindestens „etwas“ verändert habe. Hauptgründe für diese Einstellungsänderungen seien ein größeres Verständnis bezüglich der Erkrankung und des Betroffenen und eine höhere Akzeptanz der Situation.

Hat sich der Umgang mit dem Betroffenen verändert?

Der Umgang mit dem Betroffenen habe sich bei 73 % mindestens „etwas“ verändert. Dieser Befund legt nahe, den Betroffenen in künftige Studien miteinzubeziehen und die Auswirkungen des psychoedukativen Gruppenprogramms auf den Erkrankten zu untersuchen. In der Literatur gibt es bereits Befunde, dass Gruppenpsychoedukation bei Angehörigen psychischer Kranker das Rückfallrisiko der Erkrankten reduzieren kann. Befunde diesbezüglich liegen vor für Angehörige von bipolar Erkrankten (z. B. Reinares et al., 2008), für Angehörige von Patienten mit Schizophrenie (z. B. Bäuml & Pitschel-Walz, 2011; Hodé, 2013; McWilliams et al., 2012; Pitschel-Walz et al., 2001) und mit affektiven Störungen (z. B. Timmerby, Austin, Bech & Csillag, 2017). In zukünftigen Studien ist der Einfluss des Programms auf den BPS-Patienten zu analysieren.

Wie wurde die Beziehung zum Patienten mit BPS nach der Gruppe eingeschätzt?

Die Einschätzung der Beziehung veränderte sich nach der Teilnahme am Gruppenprogramm kaum. Erfreulich ist, dass nach dem Gruppenprogramm keine Beziehung zum Betroffenen mehr als „schlecht“ eingestuft wurde, im Vergleich zu 9 % der Beziehungen vor dem Gruppendurchlauf. Die vorliegenden Ergebnisse sprechen nicht zwangsläufig dafür, dass das vorliegende Gruppenprogramm kein Potenzial hat, die Beziehung zwischen Angehörigem und Betroffenen zu verbessern. Vielmehr scheint es wahrscheinlich, dass sich besonders engagierte Angehörige, die mit dem Betroffenen gut in Kontakt stehen, für ein solches Gruppenprogramm anmelden. 73 % der Angehörigen gaben bereits vor dem Gruppendurchlauf an, dass ihre Beziehung zu dem Patienten mit BPS „sehr gut“ sei, sodass diesbezüglich kaum Veränderung zu erwarten waren.

Wie hoch war die aktuelle Belastung durch Patienten mit BPS nach der Gruppe?

Die subjektive Einschätzung der Belastung sank nach der Teilnahme an der Gruppenpsychoedukation. Dieses Feedback stützt die Befunde zur Belastungsreduktion, die mit dem IEQ-EU gefunden wurden. Das vorliegende Programm scheint fähig zu sein, die Belastung der Angehörigen von BPS-Patienten zu reduzieren.

In welchem Ausmaß wurden die Erwartungen erfüllt?

Die Erwartungen der Angehörigen wurden zu 90 % mindestens „größtenteils“ erfüllt. Somit scheint das Gruppenmanual den Bedürfnissen und Wünschen der Angehörigen von BPS-Patienten zu entsprechen. Das spricht für eine gute Konzeption des Manuals in Bezug auf die Erwartungen dieser Angehörigengruppe.

10.1.2. Bivariate Korrelationen

Nach der Alphafehler-Adjustierung waren drei Zusammenhänge signifikant:

Es scheint einen positiven Zusammenhang zu geben zwischen der Gesamtbelastungsreduktion im IEQ-EU und der Einschätzung der Belastung zu Gruppenbeginn: Je belasteter sich die Angehörigen vor dem Gruppendurchlauf einschätzen, desto mehr nahm ihre Belastung im IEQ-EU nach dem Gruppenprogramm ab. Das könnte bedeuten, dass insbesondere belastete Personen von der entlastenden Wirkung des Gruppenprogramms profitieren. Möglicherweise liegt dies daran, dass sich besonders belastete Teilnehmer viel von dem Gruppenprogramm versprechen, Hoffnung auf Besserung aufweisen, regelmäßig teilnehmen und in den Sitzungen engagiert mitarbeiten.

Ähnliches scheint für Angehörige zuzutreffen, die zu Gruppenbeginn die Schwere der Symptome ihres Betroffenen als „sehr hoch“ einschätzten: Je schwerer subjektiv die Symptomatik des Betroffenen war, desto mehr nahm die Belastung im IEQ-EU nach der Gruppenteilnahme ab. Dies könnte bedeuten, dass das Gruppenprogramm insbesondere für Angehörige entlastend wirkt, deren Betroffene aus subjektiver Sicht schwer krank sind. Auch hier ist eine mögliche Erklärung, dass insbesondere Angehörige von schwer Erkrankten das Gruppenprogramm für sich bestmöglich nutzen wollen, indem sie in den Sitzungen aufpassen, sich rege beteiligen und offen Fragen stellen.

Zuletzt scheint die Anzahl an besuchten Sitzungen einen Einfluss auf die subjektiv eingeschätzte Belastung im Feedbackfragebogen zu haben: Je mehr Sitzungen die Angehörigen besuchten, desto entlasteter fühlten sie sich. In Bezug auf die subjektive Belastungsreduktion scheint es nützlich zu sein, an möglichst vielen der zehn Sitzungen teilzunehmen. Diese Erkenntnis ist in sich schlüssig: Je mehr Sitzungen ein Angehöriger besucht, desto vielfältiger ist sein Wissenserwerb und desto entlasteter fühlt er sich. Eventuell könnte es daher von Vorteil sein, die Teilnahme zukünftig verpflichtend zu gestalten. Jedoch ist anzumerken, dass die Belastungsreduktion im IEQ-EU nicht mit der Anzahl besuchter Sitzungen korrelierte. Dies könnte an der unterschiedlichen Qualität der Fragestellungen liegen: Im Feedbackfragebogen ist die Frage bezüglich der aktuellen Belastung sehr allgemein formuliert („Wie sehr belastet sind Sie derzeit durch die psychischen Probleme Ihres Betroffenen mit BPS?“) während im IEQ-EU spezifische Einzelfragen (z. B. „Wie oft haben Sie die Person angespornt, morgens aufzustehen?“)

abgefragt werden. So wird im Feedbackfragebogen der Grund für die Entlastungsreduktion nicht vorgegeben – im IEQ-EU schon. Demnach werden die Angehörigen beim Beantworten der allgemeinen Frage implizite Annahmen darüber haben, weshalb sie sich entlastet fühlen. Und da diese Antwort mit der teilgenommenen Sitzungsanzahl korreliert wäre es denkbar, dass die Angehörigen an Gruppenwirkfaktoren wie Gruppenkohäsion oder Universalität des Leidens dachten. Denn diese dürften umso stärker ausgeprägt sein, je öfter die Angehörigen an der Psychoedukation teilgenommen hatten. Eine Entlastung aufgrund von Gruppenwirkfaktoren wird im IEQ-EU nicht abgefragt.

Außerdem sind die unterschiedlichen Bezeichnungen der beiden Fragebögen zu beachten: Während der Name „IEQ-EU“ den Angehörigen nicht bekannt sein dürfte, ist die Bezeichnung „Feedback“ allen ein Begriff. So scheint es möglich, dass beim Feedbackgeben soziale Erwünschtheit eine Rolle spielte: Diejenigen Angehörigen, die oft an der Psychoedukation teilgenommen hatten, hatten möglicherweise die stärkste Bindung zum Therapeutenteam entwickelt und dadurch waren sie bemüht, gutes Feedback in Form einer „Entlastung“ zu geben.

10.2. Diskussion der formativen Evaluation

Hauptziel der formativen Evaluation war es, herauszufinden, ob Veränderungsbedarf am vorliegenden Psychoedukationsprogramm für Angehörige von Patienten mit BPS besteht. Über die Stundenbögen hatten die Angehörigen (GTS-A) und die Gruppenleiter (GTS-T) nach jeder Gruppensitzung die Möglichkeit, die Therapiesitzung anhand unterschiedlicher Evaluationsaspekte zu beurteilen.

10.2.1. Bewertungen der Stundenbögen

Im Folgenden werden die Befunde des GTS-A und GTS-T in Bezug auf die einzelnen Hypothesen diskutiert:

Gesamtbewertung der 10 Sitzungen im GTS-A

Alle 10 Sitzungen wurden von den Angehörigen durchgehend positiv bewertet (Summenscore der 8 Items je Sitzung). Insgesamt beurteilten die Angehörigen die zweite Hälfte des Gruppenprogramms, in der es um die Vermittlung neuer Fertigkeiten geht, besser als die erste Hälfte, in der es um die Wissensvermittlung geht. Die besten Bewertungen erhielten die Sitzungen 8 (Kommunikationsfertigkeiten) und 9 (Umgang mit Krisen), die schlechtesten, aber immer noch positiven Bewertungen erhielten die Sitzungen 2 (Krankheitsbegriff und Symptome), 4 (Komorbiditäten und medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten) und 5 (psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten). Daraus

könnte man ableiten, dass Angehörige von Patienten mit BPS insbesondere Unterstützung im Umgang mit dem Betroffenen benötigen.

Bewertung der Items des GTS-A

Alle 8 Items des GTS-A wurden von den Angehörigen durchgehend positiv bewertet (Mittelwert eines jeden Items über alle 10 Sitzungen). Dabei sind die Gesamtmittelwerte der *inneren Beteiligung*, *Nachvollziehbarkeit* und *Zufriedenheit* am höchsten. Im Vergleich dazu sind die Bewertungen der *aktiven Mitwirkung*, *Anregungen* und *Gruppe als hilfreich* am geringsten, aber dennoch hoch und positiv. Dies spricht dafür, dass die Sitzungen interessant und abwechslungsreich gestaltet sind, da die Angehörigen die Sitzungen innerlich verfolgten. Auch scheinen die Inhalte verständlich aufbereitet und zufriedenstellend für die Angehörigen zu sein. Dass die *innere Beteiligung* höher bewertet wurde als die *aktive Mitwirkung*, könnte ein Hinweis darauf sein, dass instrumentelle Gruppenbedingungen wie *Selbstoffenbarung* und *Vertrauen* möglicherweise nicht genug realisiert wurden. Die Verlaufskurven zeigen jedoch, dass die Sitzungen zur Wissensvermittlung weniger Anlass zur *aktiven Mitwirkung* gegeben haben als diejenigen zur Vermittlung neuer Strategien. Dies muss nicht unbedingt auf die Realisierung von Gruppenbedingungen zurückzuführen sein, sondern möglicherweise auch darauf, dass die Wissensvermittlung zu wenig interaktiv gestaltet wurde oder aber sich in einem Anstieg der *aktiven Mitwirkung* ein typischer Phasenverlauf von Gruppenentwicklung zeigt (vgl. Diskussion zu Hypothese 7 weiter unten).

Diese Befunde stimmen in Bezug auf die weniger hohen Bewertungen überwiegend mit den Ergebnissen von Zoubek (2013) überein, in deren Studie *Anregungen* und *Gruppe als hilfreich* ebenfalls am niedrigsten bewertet wurden (aber immer noch positiv). Die am besten bewerteten Items unterscheiden sich jedoch: In dieser Studie war es die *Nachvollziehbarkeit*, während es bei Zoubek (2013) die *Gruppenatmosphäre* war. Dies spricht dafür, dass das zugrunde liegende Manual in Bezug auf die Verständlichkeit der vermittelten Inhalte gut aufgebaut ist.

Bewertung der Items je Sitzung

Die Bewertungen der einzelnen Items auf Sitzungsebene (Mittelwert der einzelnen Items je Sitzung) bestätigen den Befund zur Bewertung der Sitzungen insgesamt. Die Angehörigen scheinen sich vor allem in den Sitzungen 8 (Kommunikationsfertigkeiten), 9 (Umgang mit Krisen) und 10 (Ausfüllen der Fragebögen, offene Fragen, Feedback) über die

positiven Bewertungen der Items enig zu sein. Dies stützt die Vermutung, dass insbesondere die Vermittlung von Strategien im Umgang mit den Betroffenen für Angehörige von BPS-Patienten wichtig sind.

Insgesamt bewerteten die Angehörigen von Patienten mit BPS das vorliegende psychoedukative Gruppenprogramm ähnlich positiv wie Patienten eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapie bei Depression (Zoubek, 2013). Außerdem sind die Befunde konsistent mit den Befunden zur Einschätzung anderer psychoedukativer Gruppen (z. B. Pitschel-Walz et al., 2011) und zur Einschätzung von Gruppentherapien generell (z. B. Breisacher et al., 2003; Greif, 2008; Kundermann et al., 2014).

Therapeutenbewertungen

Insgesamt bewerteten auch die Therapeuten alle Items im Stundenbogen positiv. Die Gesamtbewertungen der Items auf Sitzungsebene zeigen, dass die Therapeuten bis auf Sitzung 1 (Ausfüllen der Fragebögen, Erwartungen klären, Achtsamkeit) alle Gruppensitzungen ebenfalls positiv einschätzten. Vermutlich waren die Gruppenleiter in Sitzung 1 damit unzufrieden, dass die Hälfte der Zeit in das Ausfüllen der Fragebögen floss. Dadurch könnte der Eindruck entstanden sein, dem Bedürfnis der Angehörigen, die wahrscheinlich zum ersten Mal in eine spezifische Gruppe für Angehörige von BPS-Patienten kamen, nicht gerecht zu werden. Die Bewertungen der Therapeuten erfolgten aus zwei Perspektiven: Einige Items wurden aus Sicht der Therapeuten, andere aus Sicht der Angehörigen bewertet. Es zeigte sich, dass die Therapeuten ihre gehaltenen Sitzungen in Bezug auf die *Nachvollziehbarkeit* recht selbstkritisch bewerteten, denn die Angehörigen schätzen die *Nachvollziehbarkeit* höher als die Therapeuten und sehr positiv ein. Insgesamt scheinen die Therapeuten die Angehörigen wohlwollend zu bewerten, denn deren Bewertungen sind häufig positiver als die der Angehörigen selbst. Dies könnte damit zusammenhängen, dass in die Bewertungen des GTS-T nicht nur die Beurteilungen des direkten Gruppenleiters einfließen, sondern auch diejenigen der Co-Therapeuten. Bewertet ein Therapeut einen anderen Therapeuten, könnte es zu Antworttendenzen im Sinne einer Tendenz zur Milde oder zur sozialen Erwünschtheit kommen. Dies könnte nicht nur auf die direkten Therapeutenfragen zutreffen (z. B. Manualumsetzung), sondern auch auf die Realisierung der Gruppenbedingungen (z. B. Gruppenatmosphäre, aktive Mitarbeit).

Die positive Einschätzung der Therapeuten steht den Ergebnissen von Zoubek (2013) widersprüchlich gegenüber, bei der die Therapeuten eher geringere Werte als die Patienten angaben. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass in der Studie von Zoubek

(2013) lediglich die Bewertungen des *einen* Gruppentherapeuten in den GTS-T einfließen. Die Frage, ob in zukünftigen Studien die Beurteilung der Co-Therapeuten weggelassen werden soll, ist nicht eindeutig beantwortbar. Einerseits könnten damit mögliche Fehlerquellen im Sinne von Antworttendenzen vermieden werden; andererseits erhöhen die Urteile mehrerer Untersucher die Objektivität.

Zusammenfassend scheinen die Angehörigen von Patienten mit BPS die psychoedukative Gruppenbehandlung positiv zu erleben. Dies spricht für die Durchführung psychoedukativer Angehörigengruppen nach diesem Manual. Somit kann Hypothese 4 (das psychoedukative Gruppenprogramm wird insgesamt positiv bewertet) zugestimmt werden, auch wenn vor allem zu den Sitzungen 1 und 4 und zu den unterschiedlichen Bewertungen zwischen Angehörigen und Therapeuten weitere Untersuchungen notwendig sind, um dies abschließend beurteilen zu können.

Einschätzung der Gruppentherapie als Ganzes

Der Verlauf der Summenscores der Items über die Sitzungen hinweg lässt deskriptiv einen Aufwärtstrend erkennen. Die letzten fünf Sitzungen werden besser bewertet als die ersten fünf. Die höchsten Bewertungen erzielten Sitzung 8 (Kommunikationsfertigkeiten) und Sitzung 9 (Umgang mit Krisen). Die Vermittlung von Strategien im Umgang mit dem Betroffenen scheinen für die Angehörigen wichtiger/hilfreicher zu sein als der Wissenserwerb über Aspekte des Störungsbildes.

Einschätzung einzelner Bewertungsbereiche über die Sitzungen hinweg

Der Trend einer zunehmend positiveren Bewertung ist vor allem bezogen auf die Items *aktive Mitarbeit*, *Anregungen*, *Gruppe hilfreich* und *Gruppenatmosphäre* zu erkennen. Das Item *Anregungen* zeigt deskriptiv die sichtbarste Veränderung: Der Verlauf startet im negativen Bereich und steigt kontinuierlich an mit einem deutlichen Abfall in Sitzung 4 (medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten) und 5 (psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten) und einem leichten Knick nach unten in Sitzung 7 (Umgang mit der Störung). Der Verlauf der Items *Nachvollziehbarkeit* und *Zufriedenheit* folgt rein deskriptiv am geringsten einem aufsteigenden Trend: Diese Items wurden von Beginn an recht hoch eingeschätzt und die Bewertungen diesbezüglich blieben über den Gruppenverlauf hinweg relativ konstant – außer *Nachvollziehbarkeit*, dieses Item zeigte in Sitzung 5 einen deutlichen Knick nach unten.

Die tendenzielle Zunahme der Gruppenbewertungen über den Gruppenverlauf hinweg – zumindest bei den meisten Bewertungen im GTS-A – stimmt mit den in der Literatur

gefunden Gruppenverläufen überein (z. B. Backenstraß et al., 2004; Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue & Hayes, 1996; Rief et al., 2002; Taube-Schiff et al., 2007; Zoubek, 2013). Die Ergebnisse der Gruppenbewertungen von Zoubek (2013) zeigen für die *Gruppenatmosphäre* und die Skalen *Beteiligung* und *Zuversicht* einen vergleichbaren Verlauf. Auch passen die vorliegenden Verläufe zu den Befunden von Backenstraß (2004) für die Variablen *Wissenserwerb* und *Gruppenkohäsion* in einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie bei Depression.

Die Sitzungsbewertungen der Summenscores der Items verlaufen deskriptiv betrachtet gemäß Hypothese 5 (die Einschätzung der Gruppentherapie als Ganzes oder die Beurteilung einzelner Bewertungsbereiche werden über die Gruppensitzungen hinweg zunehmend positiver), die der Itemmittelwerte je Sitzung verlaufen überwiegend gemäß Hypothese 5. Insgesamt ist damit Hypothese 5 anzunehmen.

Bewertungen der einzelnen Sitzungen

Bezogen auf den allgemeinen Trend der Sitzungsbewertungen ist gemäß Hypothese 6 (Therapiesitzungen werden trotz aufsteigender Trends unterschiedlich bewertet, sodass Rückschlüsse zur Zufriedenheit mit den Interventionsbausteinen für eine mögliche Verbesserung des Manuals möglich sind) bei den Sitzungen 2 (Krankheitsbegriff und Symptome), 4 (medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten) und 5 (psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten) ein leichter Abfall der Bewertungen zu beobachten. Auffällig ist, dass sich sowohl Sitzung 4 als auch Sitzung 5 mit den Behandlungsmöglichkeiten der BPS beschäftigen. Im Folgenden wird auf die unterschiedliche Bewertung jeder Sitzung eingegangen:

Sitzung 1: Fragebögen, Kennenlernen, Klärung von Erwartungen, Achtsamkeit

Die Diskrepanz der Bewertungen bezüglich der einzelnen Items im GTS-A ist in der ersten Sitzung am größten. Bis auf *Anregungen* sind alle Bewertungen positiv. Die *Nachvollziehbarkeit* der Sitzung ist nahezu perfekt und die *Zufriedenheit* sehr hoch. Obwohl die Sitzung wenig *Anregung* zur Bewältigung der eigenen Beschwerden zu versprechen scheint, scheinen die Inhalte von den Angehörigen dennoch gut nachvollziehbar und die Angehörigen damit insgesamt sehr zufrieden zu sein.

Um *Anregungen* zu erhöhen, könnte sich der Gruppenleiter bemühen, gleich zu Beginn den Nutzen und das Potenzial der Psychoedukationsgruppe zur Verbesserung der Befindlichkeit der Angehörigen stärker herauszuarbeiten.

Sitzung 2: Krankheitsbegriff und Symptome

Alle Bewertungen liegen im positiven Bereich. Am wenigsten bot die Sitzung *Anregungen* für die Bewältigung der eigenen Beschwerden, am meisten war sie *nachvollziehbar*. Vor allem im Vergleich zu Sitzung 1 wird Sitzung 2 offenbar als weniger *nachvollziehbar* und weniger *erfolgsversprechend* empfunden, gepaart mit einer schlechteren *Gruppenatmosphäre* und weniger *Zufriedenheit*. Dennoch sind die Werte dieser Items hoch positiv. Beispielsweise ist die *Nachvollziehbarkeit* mit einem Mittelwert von 3.7 von maximal 4.0 immer noch sehr hoch. Dennoch landet Sitzung 2 gemeinsam mit zwei anderen Sitzungen im Bewertungsranking auf dem letzten Platz – auch wenn dazu anzumerken ist, dass der Summenscore der Sitzung mit 3.1 von maximal 4.0 hoch ist und somit von einer allgemeinen Akzeptanz bezüglich dieser Sitzung auszugehen ist.

Um die Sitzung zu optimieren, scheint es nicht notwendig zu sein, das Manual zu verändern. Es scheint jedoch sinnvoll zu sein, dafür zu sorgen, dass die Sitzung *Anregungen* zur Bewältigung eigener Beschwerden gibt und die *aktive Mitarbeit* der Angehörigen erhöht wird. Demzufolge sollte der Therapeut die Vorteile der psychoedukativen Gruppentherapie für das eigene Wohlbefinden betonen. Außerdem sollte er sich bemühen, den Krankheitsbegriff und die Symptome unter Einbeziehung möglichst vieler individueller Beispiele zu erarbeiten.

Sitzung 3: Entstehungstheorie und Krankheitsverlauf

Alle Bewertungen liegen im positiven Bereich. Ebenso wie in Sitzung 2 waren die *Anregungen* für die Bewältigung der eigenen Beschwerden am geringsten, die *Nachvollziehbarkeit* der Sitzung am höchsten.

Es scheinen keine Veränderungen am Manual notwendig zu sein. Jedoch sollte sich der Gruppenleiter – ähnlich wie in den vorherigen Sitzungen – mehr darum bemühen, den Angehörigen zu verdeutlichen, dass ein gesteigertes Wissen über die BPS entlastend wirken und die Angehörigen dazu befähigen kann, auf Augenhöhe mit dem Fachpersonal zu kommunizieren. Gerade auch in Hinblick auf die Erklärung der Entstehungstheorie der BPS können Vorurteile reduziert und die Angehörigen dazu befähigt werden, den möglichen Schuldzuweisungen anderer gestärkt zu begegnen.

Sitzung 4: Komorbiditäten und medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten

Ebenso wie Sitzung 1 wurde *Anregungen* in Sitzung 4 knapp negativ bewertet. Alle anderen Bewertungen liegen deutlich im positiven Bereich. Sitzung 4 gehört zu den drei Sitzungen, die am schlechtesten bewertet wurden. Sie gibt offenbar wenig *Anregung* zur Bewältigung der eigenen Beschwerden, wird im Vergleich als nicht so *hilfreich* empfunden und die *aktive Mitarbeit* ist gering.

Die Bewertung der *Nachvollziehbarkeit* der Inhalte der Sitzung ist sehr hoch, wodurch es nicht notwendig erscheint, die Art und Weise der Vermittlung der Sitzung zu verändern. Ähnlich wie in den vorherigen Sitzungen sollte sich der Therapeut mehr darum bemühen, den Angehörigen zu verdeutlichen, dass ein gesteigertes Wissen über die medikamentöse Behandlung den Angehörigen dazu befähigt, in Entscheidungsprozesse des Betroffenen einbezogen zu werden. Außerdem können mit einer medikamentösen Behandlung komorbide Symptome gelindert werden, was auch den Angehörigen zugutekommt. Bezieht man die Erkenntnisse der summativen Evaluation mit ein, ist anzumerken, dass die Angehörigen durch einen Wissenserwerb bezüglich der Medikamente wenig profitierten. Außerdem gaben im Feedbackfragebogen nur 49 % der Angehörigen an, das Thema der medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten als wichtig zu empfinden. Und nur 12 % der Angehörigen hätten diese Thematik gern genauer besprochen. Es scheint erwägenswert, die Inhalte dieser Sitzung zu überdenken. Da die Sitzung insgesamt mit 3.1 von 4.0 Punkten positiv bewertet wurde, scheint eine völlige Abschaffung jedoch nicht notwendig und sinnvoll zu sein. In Hinblick auf die Rückmeldung der Therapeuten im GTS-T, dass die vermittelten Inhalte in dieser Sitzung „zu umfangreich“ und „zu kompliziert“ erscheinen, wäre es eine Option, den zu vermittelnden Stoffumfang merklich zu reduzieren. So könnte mehr Zeit für andere wichtige Themen aufgebracht werden.

Sitzung 5: psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten

Zusammen mit Sitzung 2 und 4 wurde Sitzung 5 am schlechtesten (aber dennoch positiv) bewertet. Der Abfall der Bewertungen in Sitzung 5 ist deskriptiv betrachtet am deutlichsten. Diese Sitzung wird im Vergleich zu den anderen Sitzungen vor allem als weniger *nachvollziehbar*, *weniger hilfreich* und mit einer geringeren *aktiven Mitarbeit* bewertet. Möglicherweise wird in Sitzung 5 zu viel Inhalt vermittelt: Das Thema der psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten ist komplex und laut Manual ist in der Angehörigengruppe dafür nur eine Sitzung vorgesehen, wohingegen der Patientengruppe 2 Sitzungen mit längerer Sitzungsdauer zur Verfügung stehen. Dafür spricht auch der Befund aus dem GTS-T, in dem die Therapeuten anmerkten, dass „zu tief“ in das Themen eingestiegen werde. Zukünftig könnte es sinnvoll sein, entweder mehr Zeit für das Thema einzuräumen oder sich um eine stärkere Kürzung der Inhalte zu bemühen, damit die Angehörigen nicht von Informationen überflutet werden und die *Nachvollziehbarkeit* des Themas erhöht wird. Genau wie in allen Sitzungen zuvor wurde *Anregungen* am geringsten bewertet. Wiederum sollte sich der Gruppenleiter darum bemühen, herauszuarbeiten, dass das Wissen über psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten den Angehörigen von großem Nutzen sein kann, da sie ihren Betroffenen bestmöglich beratend

begleiten können. Eine gute Anpassung an den Wissens- und Erlebensstand der Angehörigen und eine interaktive Erarbeitung des Themas scheinen ebenfalls wichtig.

Sitzung 6: Fördern einer dialektischen, nicht wertenden Grundhaltung

Sitzung 6 wurde eigens für diese Studie entwickelt, da sie im Manual zwar als Gliederungspunkt angeführt, jedoch nicht näher erklärt wird. Erfreulicherweise sind alle Bewertungen deutlich positiv. Die *Innere Beteiligung* und *Zufriedenheit* mit der Sitzung sind am höchsten, die *aktive Mitarbeit* am geringsten. Besser als diese Sitzung wurden nur die drei Sitzungen 7, 8 und 9 bewertet. In Bezug auf die Gesamtbewertung ist Sitzung 6 gleichauf mit Sitzung 10. Sitzungen 1–5 wurden schlechter bewertet. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die Konzeption dieser Sitzung gut gelungen ist und keiner weiteren Veränderung bedarf. Sie könnte demnach fest in das Manual mitaufgenommen werden. Sucht man nach einer Optimierung, könnte der Therapeut am ehesten verstärkt darauf achten, die Angehörigen z. B. durch direktes Ansprechen aktiver in die Sitzung miteinzubeziehen.

Sitzung 7: Grundlegende Fertigkeiten im Umgang mit der Störung

Alle Bewertungen sind deutlich positiv und deskriptiv betrachtet noch positiver als in Sitzung 6. Die *Nachvollziehbarkeit* und *Zufriedenheit* mit der Sitzung sind am höchsten, die *aktive Mitarbeit* am geringsten.

Es gibt keine Hinweise auf eine notwendige Modifizierung des Manuals. Die Ergänzungen zum Gruppenmanual scheinen gut angekommen zu sein.

Sitzung 8: Kommunikationsfertigkeiten

Sitzung 8 gehört zu den zwei Sitzungen, die am besten bewertet wurden. Trotz der positiven Bewertungen ist ein deutlicher Abfall der *aktiven Mitarbeit* erkennbar.

Der Therapeut sollte sich in dieser Gruppenstunde besonders darum bemühen, die Angehörigen beispielsweise durch geleitetes Entdecken zur aktiven Mitarbeit zu ermutigen und in die Sitzung einzubeziehen. Auch der Einbezug von individuellen Beispielen kann die Interaktion und aktive Mitarbeit der Teilnehmer fördern. Ansonsten gibt es keine Hinweise auf eine notwendige Veränderung im Manual.

Sitzung 9: Umgang mit Krisen

Sitzung 9 wurde zusammen mit Sitzung 8 am besten bewertet. Die Bewertungen liegen deskriptiv sehr nah beieinander, d. h., die Angehörigen sind sich in der positiven Bewertung dieser Sitzung recht einig. Die *Gruppenatmosphäre* wird dabei am besten, die *aktive Mitarbeit* und *Anregungen* werden am schlechtesten bewertet. Um *Anregungen* zu

erhöhen, empfiehlt es sich, den Angehörigen noch stärker zu verdeutlichen, dass eine geordnete Reaktion in Krisensituationen und ein Notfallplan den Angehörigen entlasten können. Um die *aktive Mitarbeit* zu steigern, ist darauf zu achten, die Teilnehmer aktiv in den Prozess einzubeziehen, z. B. durch Anregung eines Erfahrungsaustausches mit Krisensituationen. Es gibt keine Hinweise auf notwendige Veränderung im Manual.

Sitzung 10: Fragebögen, offene Fragen, Feedback

Auch in Sitzung 10 liegen die Bewertungen sehr nah beieinander und alle sind deutlich positiv. Die *innere Beteiligung* war dabei am höchsten, die *aktive Mitarbeit* am geringsten. Die Ergebnisse liefern keine Hinweise auf einen Veränderungsbedarf am Manual.

Die obigen Ausführungen zeigen die Unterschiede der Bewertungen in den Sitzungen auf, womit Hypothese 6 (Therapiesitzungen werden trotz aufsteigender Trends unterschiedlich bewertet, sodass Rückschlüsse zur Zufriedenheit mit den Interventionsbausteinen für eine mögliche Verbesserung des Manuals möglich sind), zugestimmt werden kann.

Phasenverlauf der Psychoedukationsgruppe

Die Einordnung des vorliegenden Phasenverlaufs gestaltet sich schwierig, da die Bewertungen der Angehörigen im Allgemeinen recht hoch sind. Somit ist der Verlauf nur durch geringe Bewertungsunterschiede gekennzeichnet. In Bezug auf die Sitzungsbewertungen beispielsweise steht eine Spanne von 3.1 bis 3.8 zur Verfügung, um verschiedene Phasen aufzuzeigen. Durch den ansteigenden Trend der Sitzungsbewertungen passt der Sitzungsverlauf der vorliegenden Pilotstudie generell zu allen drei im Theorie-Teil vorgestellten Phasenmodellen (Howard et al., 1993; MacKenzie, 1997; B. W. Tuckman & Jensen, 1977). Im Folgenden werden Gemeinsamkeiten mit allen drei Modellen diskutiert:

Modell von Tuckman und Jensen (1977)

Mit Ausnahme des Abfalls der Bewertung in Sitzung 2 zeigen die Sitzungsbewertungen im GTS-A einen zum Phasenverlauf von Tuckman und Jensen (1977) entsprechenden Verlauf: Nach einer anfänglichen Findungsphase (forming) fallen die Bewertungen in Sitzung 4 und 5 leicht ab (storming), bevor sie in Sitzung 6 und 7 wieder leicht steigen (norming), in Sitzung 8 und 9 ihren Höhepunkt erreichen (performing) und in Sitzung 10 wieder leicht abfallen (adjourning). Gleiches lässt sich auf Itemebene vor allem bei *Nachvollziehbarkeit*, *Gruppe hilfreich*, *Anregungen* und *Therapie erfolgsversprechend* erkennen. Ähnliches zeigen die Sitzungsbewertungen im GTS-T: Lässt man den Abfall der

Bewertung in Sitzung 1 außer Acht, so kommt es nach einer anfänglichen Findungsphase (forming) in Sitzung 2 und 3 zu einem Abfall der Bewertung in Sitzung 4 (storming), bevor die Bewertung in Sitzung 5 und 6 kontinuierlich ansteigt (norming), in Sitzung 7 ihren Höhepunkt erreicht (performing) und in den Sitzungen 8, 9 und 10 wieder leicht abfällt (adjourning).

Modell von Howard et al. (1993)

Verschiedene Phasen des Gruppenverlaufes nach Howard et al. (1993) würden sich in log-linearen Verläufen zeigen: einem raschen Anstieg der Bewertungen im ersten Drittel der Therapie (Remoralisierungsphase), einem nur leichten Anstieg im zweiten (Remediationsphase) und einem sehr langsamen Anstieg im letzten Drittel der Therapie (Rehabilitationsphase). Weder in Bezug auf die Sitzungsbewertungen noch in Bezug auf die Itembewertungen lässt sich ein entsprechender Verlauf erkennen.

Modell von MacKenzie (1997)

Die Sitzungsbewertungen im GTS-A lassen nur tendenziell Übereinstimmungen zum Phasenverlauf von MacKenzie (1997) erkennen: Insgesamt steigen die Bewertungen zwar stetig an, aber der zyklische Verlauf ist nur in den ersten fünf Sitzungen erkennbar. Ab Sitzung 6 steigen die Bewertungen an und fallen erst in Sitzung 10 wieder leicht ab. Auf Itemebene ist ein entsprechender Phasenverlauf am ehesten bei *innerer Beteiligung*, *Zufriedenheit* und aktiver *Mitarbeit* zu beobachten: Die Verläufe sind durch einen aufsteigenden Trend gekennzeichnet, wobei es ab und an immer wieder zu kleinen Rückschritten der Bewertung kommt.

Die vorliegenden Ergebnisse entsprechen teilweise den aus der Literatur bekannten Verläufen von Gruppentherapien. Es zeigen sich für die Sitzungs- und teilweise auch für die Itembewertungen Verläufe nach Tuckman und Jensen (1977). Für einige Itembewertungen sind auch Verläufe nach MacKenzie (1997) erkennbar. Log-lineare Phasenverläufe nach Howard et al. (1993) waren eher nicht zu erkennen. Berücksichtigt man die Erkenntnisse, dass Angehörige von BPS-Patienten häufig selbst eine BPS oder andere PS aufweisen, sind die vorliegenden Befunde konsistent zu den Befunden in der Literatur zu Einzeltherapieverläufen von Patienten mit BPS. Es konnte gezeigt werden, dass PS-Patienten im Vergleich zu Patienten ohne PS häufiger krisenhafte Therapieverläufe aufweisen. Die Subgruppe von BPS-Patienten zeigte zudem am häufigsten chaotische, nonlineare und am seltensten log-lineare Therapieverläufe (Reisch, Thommen, Endtner

& Tschacher, o. J.). In zukünftigen Studien mit größeren Stichproben sollten die Therapieverlaufskurven der Angehörigen daraufhin analysiert werden, ob Angehörige von BPS-Patienten ähnliche Therapieverlaufsmuster aufweisen wie die Patienten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich in dieser psychoedukativen Gruppentherapie für Angehörige von Patienten mit BSP psychotherapeutische Wirkfaktoren in ihrem Verlauf abbilden lassen und Hypothese 7 (die Bewertungen der Therapiesitzungen bzw. einzelner Items bilden neben dem generell ansteigenden Trend zusätzlich verschiedene Phasen des Gruppenverlaufs ab) angenommen werden kann.

10.2.2. Zusammenfassende Bewertung des Manuals

Die positiven Ergebnisse der vorliegenden Studie lassen den Schluss zu, dass das psychoedukative Gruppenprogramm für Angehörigen von Patienten mit BPS von Rentrop et al. (2007) prinzipiell gut konzipiert ist. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die Sitzungen 1–5 (Wissensvermittlung) weniger gut bewertet wurden (aber immer noch positiv) als die Sitzungen 6–10 (Vermittlung neuer Fertigkeiten). Daraus werden zwei Dinge geschlussfolgert: Zum einen scheint den Angehörigen die Vermittlung neuer Fertigkeiten im Umgang mit dem Betroffenen von größerem Nutzen zu sein als eine Erhöhung ihres Wissensstands über die BPS. Zum anderen scheinen die Sitzungen 1–5 Optimierungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Aufgrund der guten Resonanz bezüglich der Sitzungen, in denen es um das Lernen neuer Fertigkeiten geht, könnte es sinnvoll sein, das Manual um zusätzliche „Skills-Sitzungen“ zu erweitern. Die Befunde der Literatur zur Psychopathologie der Angehörigen stützen diesen Vorschlag: Angehörige von Patienten mit BPS weisen ein erhöhtes Risiko auf, selbst eine BPS oder andere PS zu haben (Gunderson, 2011; Sansone & Sansone, 2009). Damit wird das Manual den möglicherweise vorliegenden Emotionsregulations- und Impulskontrollstörungen der Angehörigen nicht ausreichend gerecht.

Auch wenn die Bewertungen insgesamt sehr positiv sind, scheinen die Angehörigen in den Sitzungen 1–5 am wenigsten das Gefühl zu haben, die Inhalte dieser Gruppenstunden würden sie zur Bewältigung eigener Beschwerden anregen. Demnach scheint das größte Optimierungspotenzial in einer Realisierung dieses Gefühls zu liegen. Der Gruppenleiter sollte sich in den ersten fünf Sitzungen bemühen, mit den Angehörigen zu erarbeiten, dass Psychoedukation für das eigene Wohlbefinden nützlich sein kann. Umfangreiches Wissen über die BPS ermöglicht es ihnen, zu Experten auf dem Gebiet der Erkrankung ihres Betroffenen zu werden, wodurch sie mit professionellen Helfern auf Augenhöhe kommunizieren und in Entscheidungsprozesse einbezogen werden können (Bäumli & Pitschel-Walz, 2011). Darüber hinaus führt ein vermehrtes Wissen über die

BPS dazu, das Verhalten der Betroffenen besser einordnen zu können, wodurch das Leiden der Angehörigen strukturiert wird und dadurch entlastend wirkt (Mühling & Jacobi, 2011). Um persönliche Anregungen zu erhalten, sollten die vermittelten Inhalte zudem anhand möglichst vieler individueller Beispiele erklärt werden, um dadurch den Transfer des gelernten Wissens in den Alltag zu realisieren.

Obwohl die zweite Gruppenhälfte etwas besser bewertet wurde als die erste Hälfte, ist insgesamt festzuhalten, dass die Sitzungen zur Informationsvermittlung ein wichtiger Bestandteil der Psychoedukationsgruppe sind und im Manual beibehalten werden sollten. Denn die Wissensvermittlung dient nicht nur als theoretische Voraussetzung für das Erlernen neuer Strategien im Umgang mit dem BPS-Patienten, sondern dient aufgrund der neutralen Themen auch als Basis für den Gruppenprozess: Zu Beginn ist den Angehörigen die Gruppe noch fremd und es bietet sich daher an, mit weniger persönlichen Themen einzusteigen. Dies ermöglicht den Angehörigen, sich besser kennenzulernen und in ein produktives Zusammenarbeiten hineinzufinden.

Gleichzeitig muss berücksichtigt werden, dass die bessere Bewertung der zweiten Gruppenhälfte möglicherweise gar nicht auf ein höheres Interesse oder eine höhere Wichtigkeit der Angehörigen zurückzuführen ist, sondern vielmehr auf typische Phasenverläufe von Gruppentherapien und demnach auf Gruppenwirkfaktoren. Würde man die beiden Gruppenhälften in der zeitlichen Abfolge der Psychoedukation tauschen, könnte es sein, dass die Angehörigen, aufgrund der zunehmend stärker wirkenden Gruppenwirkfaktoren, die Wissensvermittlung möglicherweise besser bewerten als die Vermittlung neuer Fertigkeiten.

Erfreulich ist, dass Sitzung 6 durchgehend positiv bewertet wurde und auf dem Ranking der Sitzungsbewertungen gemeinsam mit Sitzung 10 auf Platz 3 landet. Dies spricht für eine gute Konzeption der Sitzung und für eine mögliche Aufnahme in das Manual.

10.3. Einschränkungen der Studie und Ausblick

Obwohl die vorliegende Studie einen Beitrag zum Verständnis der Angehörigen von Patienten mit BPS leistet, ist der Verzicht einer Kontrollgruppe kritisch anzumerken. Bei der Interpretation der Daten ist daher Vorsicht geboten: Signifikante Ergebnisse (z. B. Wissenszuwachs und Belastungsabnahme) müssen nicht ausschließlich auf die Teilnahme an der Psychoedukationsgruppe zurückzuführen sein, sondern könnten auch durch andere Faktoren entstanden sein. Beispielsweise ist es möglich, dass die Angehörigen durch die Psychoedukationsgruppe inspiriert waren, sich durch das Lesen von eigener Lektüre zur BPS weiterzubilden. Durch das Fehlen einer Kontrollgruppe erreicht die vorliegende Pilotstudie auch nur Phase II der vier möglichen Evaluationsphasen. Die Wirksamkeit des vorliegenden psychoedukativen Gruppenprogramms sollte deshalb in einer

randomisierten kontrollierten Studie (RCT) überprüft werden. Da zur Kontrolle kein anderes deutsches Therapieverfahren zur Verfügung steht, empfiehlt sich der Einsatz anderer basaler Programme. In Bezug auf den Vergleich zur Belastungsreduktion könnten die Angehörigen der Kontrollgruppe beispielsweise ein basales Entspannungs- oder ein reines Achtsamkeitstraining erhalten. Hinsichtlich des Vergleichs bezüglich des Wissenszuwachses könnte den Angehörigen der Kontrollgruppe Information in Schriftform bereitgestellt werden (beispielsweise Bücher, Flyer, Prospekte). Möchte man Belastungsreduktion und Wissenszuwachs vergleichen, könnten sich die Angehörigen der Kontrollgruppe einer Bibliothherapie unterziehen mit beispielsweise speziellen Ratgebern für Angehörige von Patienten mit BPS.

Zudem ist in zukünftigen Studien der Einbezug einer größeren Stichprobe erforderlich und ebenso die Überprüfung der Langzeiteffekte des Programms durch Follow-up-Studien, beispielsweise nach sechs und zwölf Monaten. Weiter ist kritisch anzumerken, dass das Wissen mittels eines Fragebogens erhoben wurde, der nicht hinsichtlich der Gütekriterien überprüft wurde. Dies sollte in künftigen Studien nachgeholt werden.

Von besonderem Interesse in zukünftigen Studien (analog zu Studien bei Angehörigen schizophrer Erkrankter) ist die Überprüfung des Effekts der Teilnahme an der Psychoedukationsgruppe auf die *Betroffenen*. Entsprechend den Belegen zu verringerten Rehospitalisierungsraten bei Angehörigen von Patienten mit Schizophrenie (Bäuml & Pitschel-Walz, 2011; Hodé, 2013; McWilliams et al., 2012; Pitschel-Walz et al., 2001) könnte die Teilnahme der Angehörigen von Patienten mit BPS am vorliegenden Gruppenprogramm ebenfalls Einfluss auf den Krankheitsverlauf des Betroffenen nehmen. Zumal die Angehörigen neue Umgangsformen mit dem Betroffenen lernen und bekannt ist, dass die Qualität der familiären Interaktionen einen signifikanten Einfluss auf die Person mit BPS hat (Gunderson et al., 2006). Darüber hinaus sollten geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf die Belastung von Angehörigen von Patienten mit BPS analysiert werden.

10.4. Abschließende Zusammenfassung

An vorliegender Pilotstudie haben Angehörige (n = 33) von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) teilgenommen und durchliefen ein zehnwöchiges psychoedukatives Gruppenprogramm nach dem Manual „Psychoedukation Borderline-Störung. Ein Manual zur Leitung von Patienten und Angehörigengruppen“ von Rentrop, Reicherzer und Bäuml (2007). Nach Beendigung der zehn Gruppensitzungen wiesen die Angehörigen ein signifikant höheres Wissen bezüglich der BPS im Wissensfragebogen auf und

zeigten ein signifikant geringeres Belastungserleben im IEQ-EU. Entgegen der Erwartung stieg die Lebensqualität im WHOQOL-BREF nicht signifikant an, wobei anzumerken ist, dass die Lebensqualität aller Angehörigen bereits vor der Gruppenteilnahme sehr hoch war und sich möglicherweise deshalb kein Effekt zeigte.

Insgesamt hat niemand der teilnehmenden Angehörigen das Gruppenprogramm abgebrochen und alle zehn Sitzungen der Psychoedukationsgruppe wurden von den Angehörigen positiv bewertet, was für eine gute Akzeptanz des Manuals spricht. Auch auf Itemebene bewerteten sie nahezu jede Sitzung positiv. Einzige Ausnahme in Bezug auf die positiven Bewertungen ist das Gefühl der Angehörigen in den Sitzungen 2 (Krankheitsbegriff, Symptome) und 4 (medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten), wenig „Anregungen zur Bewältigung eigener Beschwerden“ bekommen zu haben.

Die Gruppenleiter bewerteten das Gruppenprogramm auf Itemebene durchweg positiv. In Bezug auf die Gruppensitzungen beurteilten sie Sitzung 1 (Fragebögen, Erwartungen, Achtsamkeit) knapp negativ, alle anderen Sitzungen positiv. Die etwas schlechtere Bewertung von Sitzung 1 könnte daran liegen, dass den Angehörigen aus Therapeuten-sicht durch das 45-minütige Ausfüllen der Fragebögen viel zugemutet wurde. Es könnte der Eindruck entstanden sein, den Angehörigen mit ihren Bedürfnissen und Wünschen in der ersten Sitzung wenig gerecht geworden zu sein.

Inwieweit die psychoedukative Angehörigengruppe Einfluss auf den Krankheitsverlauf des Betroffenen nehmen kann – wie das bereits vor allem im Bereich der Schizophrenie gezeigt werden konnte –, bleibt noch zu untersuchen. Auch sollten die vorliegenden Befunde in einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) überprüft werden.

Insgesamt sind die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit erfreulich: Psychoedukationsgruppen für Angehörige von Betroffenen mit BPS nach vorliegendem Manual sollten einen festen Platz in der Versorgungsstruktur erhalten.

Literaturverzeichnis

- Akiskal, H. S. (1981). Subaffective Disorders: Dysthymic, Cyclothymic and Bipolar II Disorders in the "Borderline" Realm (Borderline Disorders). *Psychiatric Clinics of North America*, 4 (1), 25–46.
- Amaresha, A. C., Kalmady, S. V., Joseph, B., Agarwal, S. M., Narayanaswamy, J. C., Venkatasubramanian, G. et al. (2018). Short term effects of brief need based psychoeducation on knowledge, self-stigma, and burden among siblings of persons with schizophrenia: A prospective controlled trial. *Asian Journal of Psychiatry*, 32, 59–66. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.030>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Third Edition (DSM III)*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* (5 Revised edition.). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostische Kriterien DSM-5: Deutsche Ausgabe herausgegeben von Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen, mitherausgegeben von M. Döpfner, W. Gaebel, W. Maier, W. Rief, H. Saß und M. Zaudig* (1. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- American Psychiatric Association. (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5. Deutsche Ausgabe herausgegeben von Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen, mitherausgegeben von M. Döpfner, W. Gaebel, W. Maier, W. Rief, H. Saß und M. Zaudig* (2., korrigierte Auflage.). Göttingen: Hogrefe.
- Anastasiadou, D., Sepulveda, A. R., Sánchez, J. C., Parks, M., Álvarez, T. & Graell, M. (2016). Family Functioning and Quality of Life among Families in Eating Disorders: A Comparison with Substance-related Disorders and Healthy Controls. *European Eating Disorders Review*, 24 (4), 294–303. <https://doi.org/10.1002/erv.2440>
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E. & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6 (3), 490–505.
- Angermeyer, C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2002). Deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität - WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 11, 44–48.
- Antai-Otong, D. (2016). Caring for the Patient with an Anxiety Disorder. *The Nursing Clinics of North America*, 51 (2), 173–183. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.01.003>
- Armeliu, K. & Granberg. (2000). Self-image and perception of mother and father in psychotic and borderline patients. *Psychotherapy Research*, 10 (2), 147–158. <https://doi.org/10.1080/713663671>

- Arntz, A. & van Genderen, H. (2010). *Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung* (Deutsche Erstausgabe.). Weinheim Basel: Beltz.
- Auer, K. von, Ludewig, S. & Bohus, M. (2017). *Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bachmann, S., Sattel, H. & Voderholzer, U. (2007). Evaluation. In U. Voderholzer (Hrsg.), *Lehre im Fach Psychiatrie und Psychotherapie. Ein Handbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Backenstraß, M., Hingmann, S., Fiedler, P., Kronmüller, K. T., Keller, A. & Mundt, C. (2004). Gruppenerleben im Verlauf eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramms für depressive Patienten. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 40, 179–192.
- Bailey, R. (2014). *Caring for a person with personality disorder: A study of carer burden, support needs and interventions*. Wollongong: Doctor of Philosophy thesis, School of Psychology: University of Wollongong. Verfügbar unter: <https://ro.uow.edu.au/theses/4188>
- Bailey, R. C. & Grenyer, B. F. S. (2013). Burden and support needs of carers of persons with borderline personality disorder: a systematic review. *Harvard Review of Psychiatry*, 21 (5), 248–258. <https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e3182a75c2c>
- Bailey, R. C. & Grenyer, B. F. S. (2014). Supporting a Person With Personality Disorder: A Study of Carer Burden and Well-Being. *Journal of Personality Disorders*, 28 (6), 796–809. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_136
- Bailey, R. C. & Grenyer, B. F. S. (2015). The relationship between expressed emotion and wellbeing for families and carers of a relative with Borderline Personality Disorder. *Personality and Mental Health*, 9 (1), 21–32. <https://doi.org/10.1002/pmh.1273>
- Bales, D., van Beek, N., Smits, M., Willemsen, S., Busschbach, J. J., Verheul, R. et al. (2012). Treatment outcome of 18-month, day hospital mentalization-based treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *Journal of Personality Disorders*, 26 (4), 568–582. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.568>
- Bandelow, B., Krause, J., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G. & Rüther, E. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Research*, 134 (2), 169–179. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.07.008>
- Baronet, A.-M. (1999). Factors associated with caregiver burden in mental illness: A critical review of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 19 (7), 819–841. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00076-2](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00076-2)
- Baruch, E., Pistrang, N. & Barker, C. (2018). Psychological interventions for caregivers of people with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 236, 187–198. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.077>
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 156 (10), 1563–1569. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1563>
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166 (12), 1355–1364. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040539>

- Bateman, A. & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9 (1), 11–15.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2004). Mentalization-Based Treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18 (1), 36–51. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
- Bauer, R. (2010). *Belastungen, Kontrollüberzeugungen, Bewältigungsverhalten, Befindlichkeit unter Medikation, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität von Patienten in stationärer Behandlung und ihren Angehörigen - Eine Analyse wechselseitiger Bedingungen bei Patienten mit Schizophrenie, bipolar affektiven Störungen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Regensburg.
- Bauer, R., Döring, A., Schmidt, T. & Spießl, H. (2012). „Mad or bad?": burdens on caregivers of patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 26 (6), 956–971. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.6.956>
- Bauer, R., Koepke, F., Sterzinger, L. & Spiessl, H. (2012). Burden, rewards, and coping--the ups and downs of caregivers of people with mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200 (11), 928–934. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31827189b1>
- Bäumel, J. & Pitschel-Walz, G. (2008). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen: Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“* (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- Bäumel, J. & Pitschel-Walz, G. (2011). Psychoedukation. *PSYCH up2date*, (03), 161–176. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1266112>
- Bäumel, J. & Pitschel-Walz, G. (2012). Psychoedukation, quo vadis? *Psychotherapeut*, 57 (4), 289–290. <https://doi.org/10.1007/s00278-012-0923-y>
- Bäumel, J. & Pitschel-Walz, G. (2016). Spezifische Aspekte der Psychoedukation in der Psychiatrie und Psychotherapie. In J. Bäumel, B. Behrendt, P. Hennigsen & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 438–445). Stuttgart: Schattauer.
- Bäumel, J., Pitschel-Walz, G., Berger, H., Gunia, H., Heinz, A. & Juckel, G. (2010). *Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie (APES). Mit Manual für die Gruppenleitung* (2., völlig neu bearbeitete Auflage.). Stuttgart: Schattauer.
- Beck, A. P. (1974). Phases in the development of structure in therapy and encounter groups. In D.A. Wexler & L.N. Rice (Hrsg.), *Innovations in client-centered therapy* (S. 421–463). New York: John Wiley.
- Beck, A. P. & Lewis, C. M. (2000). *The Process of Group Psychotherapy: Systems for analyzing change*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Becker, U. & Kingreen, T. (2018). *SGB V Recht des öffentlichen Gesundheitswesens* (20. Auflage). München: dtv Verlagsgesellschaft.
- Beesdo-Baum, K., Zaudig, M. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.). (2018). *SCID-5-PD - Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5 – Persönlichkeitsstörungen. Deutsche Bearbeitung des Structured Clinical Interview for DSM-5 – Personality Disorders von Michael B. First, Janet B.W. Williams, Lorna Smith Benjamin, Robert L. Spitzer*. Göttingen: Hogrefe.
- Behrendt, B. (2004). *Psychoedukative Gruppen für Angehörige schizophrene oder schizoaffective Erkrankter. Manual für Gruppenleiter*. Tübingen: dgvt (Materialie Nr. 52).

- Behrendt, B. & Pitschel-Walz, G. (2008). Evaluation psychoedukativer Interventionen. In G. Pitschel-Walz & J. Bäuml (Hrsg.), *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“*. Stuttgart: Schattauer.
- Behrendt, B. & Schaub, A. (2005). *Handbuch Psychoedukation und Selbstmanagement: Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Bennis, W. G. & Shepard, H. A. (1956). A Theory of Group Development. *Human Relations*, 9 (4), 415–437. <https://doi.org/10.1177/001872675600900403>
- Berger, H., Friedrich, J. & Gunia, H. (2004). *Psychoedukative Familienintervention. Manual zu Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Berger, H. & Gunia, H. (2019). *Psychoedukative Familienintervention (PEFI): Behandlungsmニュアル bei psychotischen Störungen* (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- Berking, M. & Znoj, H.-J. (2006). Achtsamkeit und Emotionsregulation - When East Meets West. *Psychotherapie im Dialog*, 7 (3), 307–312. <https://doi.org/10.1055/s-2006-940071>
- Bernert, S., Kilian, R., Matschinger, H., Mory, C., Roick, C. & Angermeyer, M. C. (2001). Die Erfassung der Belastung der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen- Die deutsche Version des Involvement Evaluation Questionnaires (IEQ-EU). *Psychiatrische Praxis*, 28 (Sup. 2), 97–101. <https://doi.org/10.1055/s-2001-17792>
- Betts, J., Pearce, J., McKechnie, B., McCutcheon, L., Cotton, S. M., Jovev, M. et al. (2018). A psychoeducational group intervention for family and friends of youth with borderline personality disorder features: protocol for a randomised controlled trial. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 5, 13. <https://doi.org/doi:10.1186/s40479-018-0090-z>
- Beziranian, S., Cohen, P. & Brook, J. (1993). The impact of mother-child interaction on the development of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150 (12), 1836–1842.
- Bickerton, A., Garretty, T., Nair, J., Bailey, R. & Grenyer, B. (2013). Staying connected when emotions run high - introducing a new intervention for families and carers of someone with a personality disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47 (1 Suppl), 5. <https://doi.org/10.1177/0004867412486854>
- Bieling, P. J., McCabe, R. E. & Antony, M. M. (2007). *Cognitive-behavioural therapy in groups*. New York: Guilford Press.
- Blanthorn-Hazell, S., Gracia, A., Roberts, J., Boldeanu, A. & Judge, D. (2018). A survey of caregiver burden in those providing informal care for patients with schizophrenia or bipolar disorder with agitation: results from a European study. *Annals of General Psychiatry*, 17, 8. <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0178-2>
- Bloch, S. & Crouch, E. (1985). *Therapeutic factors in group psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Bogner, K. & Landrock, U. (2015). *Antworttendenzen in standardisierten Umfragen*. Mannheim: GESIS Survey Guidelines.
- Bohus, M. (2002). *Borderline-Störung*. Göttingen: Hogrefe.

- Bohus, M. (2007). Zur Versorgungssituation von Borderline-Patienten in Deutschland. [Health care utilisation of patients with borderline personality disorders in Germany]. *PTT: Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie*, 11 (3), 149–153.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R.-D., Domsalla, M., Chapman, A. L. et al. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42 (1), 32–39. <https://doi.org/10.1159/000173701>
- Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Chapman, A. L., Kühler, T. & Stieglitz, R.-D. (2007). Psychometric Properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathology*, 40 (2), 126–132. <https://doi.org/10.1159/000098493>
- Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Sender, I., Gratwohl, T. & Stieglitz, R. D. (2001). [Development of the Borderline Symptom List]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51 (5), 201–211. <https://doi.org/10.1055/s-2001-13281>
- Bohus, M. & Reicherzer, M. (2012). *Ratgeber Borderline-Störung: Informationen für Betroffene und Angehörige* (1. Auflage.). Göttingen: Hogrefe.
- Bohus, M. & Wolf-Arehult, M. (2016). *Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten: Das Therapeutenmanual* (2. korrigierter Nachdruck 2016 der 2. Auflage 2013.). Stuttgart: Schattauer.
- Bolm, T. (2010). Mentalisieren und Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT). *Psychotherapie CIP Medien München*, 15 (1), 58–62.
- Boothe, B. & Riecher-Rössler, A. (2013). *Frauen in Psychotherapie: Grundlagen – Störungsbilder – Behandlungskonzepte - Mit einem Geleitwort von Wolfgang Mertens*. Stuttgart: Schattauer.
- Borbé, R., Pitschel-Walz, G. & Bäuml, J. (2017). Psychoedukation und Angehörigenarbeit. In H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (S. 1177–1192). Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-49295-6_49
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). Besonderheiten der Evaluationsforschung. In J. Bortz & N. Döring (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler: Limitierte Sonderausgabe*. Heidelberg: Springer.
- Bouchard, S. & Sabourin, S. (2009). Borderline personality disorder and couple dysfunctions. *Current Psychiatry Reports*, 11 (1), 55–62. <https://doi.org/10.1007/s11920-009-0009-x>
- Boucher, M.-È., Pugliese, J., Allard-Chapais, C., Lecours, S., Ahoundova, L., Chouinard, R. et al. (2017). Parent-child relationship associated with the development of borderline personality disorder: A systematic review. *Personality and Mental Health*, 11 (4), 229–255. <https://doi.org/10.1002/pmh.1385>
- Brain, C., Kymes, S., DiBenedetti, D. B., Brevig, T. & Velligan, D. I. (2018). Experiences, attitudes, and perceptions of caregivers of individuals with treatment-resistant schizophrenia: a qualitative study. *BMC psychiatry*, 18 (1), 253. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1833-5>
- Bredel, S., Brunner, R., Haffner, J. & Resch, F. (2004). Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten - Ergebnisse einer evaluierten Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 53 (4), 256–276.

- Breisacher, S., Ries, H., Bischoff, C. & Ehrhardt, M. (2003). Evaluation der Bad Dürkheimer Psychosomatikgruppe. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 53 (7), 302–309. <https://doi.org/10.1055/s-2003-40494>
- Brown, G. W. & Rutter, M. (1966). The Measurement of Family Activities and Relationships: A Methodological Study. *Human Relations*, 19 (3), 241–263. <https://doi.org/10.1177/001872676601900301>
- Buchkremer, G. & Klingberg, S. (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion um Leitlinien für die Psychotherapieforschung. *Nervenarzt*, 72, 20–30. <https://doi.org/10.1007/s001150050708>
- Budman, S. H. & Gurman, A. S. (1988). *Theory and Practice of Brief Therapy*. New York: Guilford Press.
- Bulut, M., Arslantas, H. & Ferhan Dereboy, I. (2016). Effects of Psychoeducation Given to Caregivers of People With a Diagnosis of Schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 37 (11), 800–810. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1222039>
- Burkhard, A. (2006). *Achtsamkeit: Ein Meditationshandbuch für Therapeuten und Klienten* (2. Auflage). München: CIP-Medien.
- Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R. & Strauß, B. (2004). Small-Group Treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In M.J. Lambert (Hrsg.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy & behavior change* (Band 5, S. 647–696). New York: Wiley.
- Burlingame, G., Strauss, B. & Johnson, J. (2008). Gibt es allgemeine Veränderungsmechanismen in Gruppenpsychotherapien? Eine Einführung in ein konzeptuelles Modell. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 44, 177–214. <https://doi.org/10.13109/grup.2008.44.3.177>
- Buteau, E., Dawkins, K. & Hoffman, P. (2008). In their own words: Improving services and hopefulness for families dealing with BPD. *Social Work in Mental Health*, 6 (1–2), 203–214. https://doi.org/10.1300/J200v06n01_16
- Cal, Y. (2012). Persönlichkeitsstörungen. In M. Berking & W. Rief (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Band I: Grundlagen und Störungswissen*. (S. 163–171). Berlin Heidelberg: Springer.
- Callahan, J. L., Swift, J. K. & Hynan, M. T. (2006). Test of the phase model of psychotherapy in a training clinic. *Psychological Services*, 3 (2), 129–136. <https://doi.org/10.1037/1541-1559.3.2.129>
- Caqueo-Urizar, A., Miranda-Castillo, C., Lemos Giráldez, S., Lee Maturana, S.-L., Ramírez Pérez, M. & Mascayano Tapia, F. (2014). An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. *Psicothema*, 26 (2), 235–243. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.86>
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J. & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: a study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (3), 497–504.
- Chai, Y. C., Mahadevan, R., Ng, C. G., Chan, L. F. & Md Dai, F. (2018). Caregiver depression: The contributing role of depression in patients, stigma, social support and religiosity. *International Journal of Social Psychiatry*, 64 (6), 578–588. <https://doi.org/10.1177/0020764018792585>

- Chanen, A., Jovev, M., McCutcheon, L., Jackson, H. & McGorry, P. (2008). Borderline Personality Disorder in Young People and the Prospects for Prevention and Early Intervention. *Current Psychiatry Reviews*, 4, 48–57. <https://doi.org/10.2174/157340008783743820>
- Chanen, A. M. & McCutcheon, L. (2013). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 202 (54), 24–29. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119180>
- Chanen, A., Sharp, C. & Hoffman, P. (2017). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority. *World Psychiatry*, 16 (2), 215–216. <https://doi.org/10.1002/wps.20429>
- Clarkin, J. F., Marziali, E. & Munroe-Blum, H. (1991). Group and family treatments for borderline personality disorder. *Hospital & Community Psychiatry*, 42 (10), 1038–1043.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E. & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2. Auflage). Hillsdale, NJ: L. Erlbaum Associates.
- Corsini, R. J. & Rosenberg, B. (1955). Mechanisms of group psychotherapy: Processes and dynamics. *The Journal of Abnormal Social Psychology*, 51 (3), 406–411. <https://doi.org/10.1037/h0048439>
- Crawford, K., Price, M. & Price, B. (2015). *Groupwork Practice for Social Workers*. Singapore: SAGE.
- Dalui, A., Guha, P., De, A., Chakraborty, S. & Chakraborty, I. (2014). Assessment of stress & related albuminuria in caregivers of severe mentally ill persons. *The Indian Journal of Medical Research*, 139 (1), 174–177.
- Deeken, F., Rezo, A., Hinz, M., Discher, R. & Rapp, M. A. (2018). Evaluation of Technology-Based Interventions for Informal Caregivers of Patients With Dementia-A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.12.003>
- DGPPN. (2009). *S2-Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen*. Heidelberg: Steinkopff.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017. DOI: 10.6101/AZQ/000366. www.depression.versorgungsleitlinien.de. (*Organisationen, die in der Leitliniengruppe kooperierten: DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, ACKPA, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW, BDK, BDP, BPM, BVDN, BVDP, BVVP, CPKA, DÄVT, DFT, DGGPP, DGPT, DGVt, DPG, DPV, DPtV, DVT, GwG, Stiftung Deutsche Depressionshilfe).
- Dierick, P. & Lietaer, G. (2008). Client perception of therapeutic factors in group psychotherapy and growth groups: an empirically-based hierarchical model. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58 (2), 203–230. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2008.58.2.203>
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (Hrsg.). (2012). *Taschenführer zur ICD–10–Klassifikation psychischer Störungen: nach dem Pocket Guide von J.E. Cooper* (6., überarb. Auflage). Bern: Huber.

- Ditton, H. (2009). Evaluation und Qualitätssicherung. In R. Tippelt & B. Schmidt (Hrsg.), *Handbuch Bildungsforschung* (S. 607–626). Wiesbaden: VS Verlag.
- Doering, S. (2016). *Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP)*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C. et al. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196 (5), 389–395. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.070177>
- Dols, A., Thesing, C., Wouters, M., Theunissen, J., Sonnenberg, C., Comijs, H. et al. (2018). Burden on caregivers of older patients with bipolar disorder. *Aging & Mental Health*, 22 (5), 686–691. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1297360>
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). Evaluationsforschung. In N. Döring & J. Bortz (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Auflage, S. 975–1036). Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5_18
- Driessen, M., Beblo, T., Reddemann, L., Rau, H., Lange, W., Silva, A. et al. (2002). Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? Zum Stand der Forschung. *Der Nervenarzt*, 73 (9), 820–829. <https://doi.org/10.1007/s00115-002-1296-1>
- Dulz, B., Herpertz, S. C., Kernberg, O. F. & Sachsse, U. (2011). *Handbuch der Borderline-Störungen: Übersetzungen von Hans-Otto Thomashoff* (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- Dunne, E. & Rogers, B. (2013). „It’s us that have to deal with it seven days a week“: carers and borderline personality disorder. *Community Mental Health Journal*, 49 (6), 643–648. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9556-4>
- Ekdahl, S., Idvall, E., Samuelsson, M. & Perseus, K.-I. (2011). A life tiptoeing: being a significant other to persons with borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25 (6), 69–76. <https://doi.org/doi:10.1016/j.apnu.2011.06.005>
- Euler, S., Dammann, G., Endtner, K., Leihener, F., Perroud, N. A., Reisch, T. et al. (2018). Borderline-Störung: Behandlungsempfehlungen der SGPP. *Swiss archives of neurology, psychiatry and psychotherapy*, 169 (5), 135–143.
- Euler, S. & Schultz-Venrath, U. (2014). Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT). *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 15 (3), 40–43. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1388634>
- Euler, S., Stalujanis, E. & Spitzer, C. (2018). Aktueller Stand der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 66 (2), 95–105. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000345>
- Fiedler, P. (2005). *Verhaltenstherapie in Gruppen: Psychologische Psychotherapie in der Praxis* (2. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Fiedler, P., Niedermeier, T. & Mundt, C. (1986). Therapeutische Gruppenarbeit mit Angehörigen und Familien von schizophrenen Patienten. *Gruppendynamik-Zeitschrift für angewandte Sozialpsychologie*, 17 (3).
- Fischer, M., Kemmler, G. & Meise, U. (2004). Burden - Distress - Lebensqualität. *Psychiatrische Praxis*, 31 (2), 57–59. <https://doi.org/10.1055/s-2003-812570>

- Fleischhaker, C. & Schulz, E. (2010). Ätiologie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In C. Fleischhaker & E. Schulz (Hrsg.), *Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter* (S. 22–27). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Fleischhaker, C., Sixt, B. & Schulz, E. (2011). *DBT-A: Dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche: Ein Therapiemanual mit Arbeitsbuch auf CD*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Flick, U. (2009). Qualitative Methoden in der Evaluationsforschung. *Zeitschrift für Qualitative Forschung*, 10 (1), 9–18.
- Flynn, D., Kells, M., Joyce, M., Corcoran, P., Herley, S., Suarez, C. et al. (2017). Family Connections versus optimised treatment-as-usual for family members of individuals with borderline personality disorder: non-randomised controlled study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, 18. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0069-1>
- Fonagy, P., Speranza, M., Luyten, P., Kaess, M., Hessels, C. & Bohus, M. (2015). ESCAP Expert Article: Borderline personality disorder in adolescence: An expert research review with implications for clinical practice. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24 (11), 1307–1320. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0751-z>
- Fossati, A. & Somma, A. (2018). Improving Family Functioning to (Hopefully) Improve Treatment Efficacy of Borderline Personality Disorder: An Opportunity Not to Dismiss. *Psychopathology*, 51 (2), 149–159. <https://doi.org/10.1159/000486603>
- Frank, F., Hasenmüller, M., Kaiser, M., Ries, Z., Bitzer, E. & Hölzel, L. (2015). Psychoedukative Gruppen für Angehörige von depressiv Erkrankten: Analyse des Informationsbedarfs durch eine Fokusgruppenuntersuchung. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 65 (11), 426–433. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1555787>
- Frank, F., Rummel-Kluge, C., Berger, M., Bitzer, E. M. & Hölzel, L. P. (2014). Provision of group psychoeducation for relatives of persons in inpatient depression treatment – a cross-sectional survey of acute care hospitals in Germany. *BMC Psychiatry*, 14 (1), 143. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-143>
- Friedrich, F., Gross, R., Wrobel, M., Klug, G., Unger, A., Fellingner, M. et al. (2015). Die Belastung von Müttern und Vätern von Schizophreniekranken. *Psychiatrische Praxis*, 42 (4), 208–215. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1370080>
- Friedrich, J. & Gunia, H. (2005). Psychoedukation und Selbstmanagement in der kognitiv-behavioralen Behandlung von Borderline-Persönlichkeits-Störungen. In B. Behrendt & A. Schaub (Hrsg.), *Handbuch Psychoedukation & Selbstmanagement - Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis*. (S. 521–552). Tübingen: DGVT.
- Fruzzetti, A. E. & Fruzzetti, A. R. (2003). Borderline personality disorder. In D. K. Snyder & M. A. Whisman (Hrsg.), *Treating difficult couples: Helping clients with coexisting mental and relationship disorders* (S. 235–260). New York: Guilford Press.
- Fruzzetti, A. E. & Hoffman, P. D. (2004). *Family Connections Workbook and Training Manual*. Rye, New York: National Education Alliance for Borderline Personality Disorder.
- Fruzzetti, A. E. & Payne, L. (2015). Couple Therapy and the Treatment of Borderline Personality and Related Disorders. *Clinical handbook of couple therapy*, 5th ed. New York: Guilford Press.
- Fruzzetti, A. E., Santisteban, D. A. & Hoffman, P. D. (2007). Dialectical Behavior Therapy with families. In L.A. Dimeff & K. Koerner (Hrsg.), *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings* (S. 222–244). New York: Guilford Press.

- Fruzzetti, A. E. & Shenk, C. (2008). Fostering Validating Responses in Families. *Social Work in Mental Health*, 6 (1–2), 215–227. https://doi.org/10.1300/J200v06n01_17
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C. & Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 17 (4), 1007–1030. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050479>
- Garland, J., Jones, H. & Kolodny, R. (1965). A model for stages of development in social work groups. In S. Bernstein (Hrsg.), *Exploration in Group Work: Essays in theory and practice*. Boston: Milford House.
- Gater, A., Rofail, D., Tolley, C., Marshall, C., Abetz-Webb, L., Zarit, S. H. et al. (2014). „Sometimes It’s Difficult to Have a Normal Life“: Results from a Qualitative Study Exploring Caregiver Burden in Schizophrenia. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2014, 368215. <https://doi.org/10.1155/2014/368215>
- Gex-Fabry, M., Cuénoud, S., Stauffer-Corminboeuf, M.-J., Aillon, N., Perroud, N. & Aubry, J.-M. (2015). Group Psychoeducation for Relatives of Persons With Bipolar Disorder: Perceived Benefits for Participants and Patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203 (9), 730–4. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000355>
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T. et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63 (6), 649–658. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>
- Giffin, J. (2008). Family Experience of Borderline Personality Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 29 (3), 133–138. <https://doi.org/10.1375/anft.29.3.133>
- Glick, I. D., Dult, R. A., Wachter, E. & Clarkin, J. F. (1995). The Family, Family Therapy, and Borderline Personality Disorder. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4 (3), 237–246.
- Goldman, S. J., D’Angelo, E. J. & DeMaso, D. R. (1993). Psychopathology in the families of children and adolescents with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150 (12), 1832–1835. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.12.1832>
- Goldstein, I. L. & Ford, J. K. (2002). *Training in Organizations: Needs Assessment, Development, and Evaluation* (4th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Golomb, A., Ludolph, P., Westen, D., Block, M. J., Maurer, P. & Wiss, F. C. (1994). Maternal empathy, family chaos, and the etiology of borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42 (2), 525–548. <https://doi.org/10.1177/000306519404200209>
- Gonçalves-Pereira, M., González-Fraile, E., Santos-Zorrozúa, B., Martín-Carrasco, M., Fernández-Catalina, P., Domínguez-Panchón, A. I. et al. (2017). Assessment of the consequences of caregiving in psychosis: a psychometric comparison of the Zarit Burden Interview (ZBI) and the Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ). *Health and Quality of Life Outcomes*, 15 (1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0626-8>
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., van Wijngaarden, B., Papoila, A. L., Schene, A. H. & Caldas-de-Almeida, J. M. (2013). Impact of psychosis on Portuguese caregivers: a cross-cultural exploration of burden, distress, positive aspects and clinical-functional correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48 (2), 325–335. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0516-7>

- Goodman, M., Patil, U., Triebwasser, J., Hoffman, P., Weinstein, Z. A. & New, A. (2011). Parental burden associated with borderline personality disorder in female offspring. *Journal of Personality Disorders*, 25 (1), 59–74. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.1.59>
- Graap, H. (2013). Psychoedukative Unterstützung für Angehörige essgestörter Patientinnen. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 14 (4), 82–85. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1363020>
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D. et al. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (4), 533–545.
- Grawe, K. (1980). *Verhaltenstherapie in Gruppen*. München: Psychologie Verlagsunion.
- Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 4 (1), 4–11.
- Greif, S. (2008). *Coaching und ergebnisorientierte Selbstreflexion: Theorie, Forschung und Praxis des Einzel- und Gruppencoachings*. Göttingen: Hogrefe.
- Grenyer, B. F. S., Bailey, R. C., Lewis, K. L., Matthias, M., Garretty, T. & Bickerton, A. (2018). A Randomized Controlled Trial of Group Psychoeducation for Carers of Persons With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 00 (0), 1–15. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_340
- Grissom, G. R. (2002). Standing on the Shoulders of a Giant: Development of an Outcome Management System Based on the Dose Model and Phase Model of Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 12 (4), 397–412. <https://doi.org/10.1093/ptr/12.4.397>
- Guilé, J.-M., Huynh, C., Breton, J.-J., De La Rivière, S. G., Berthiaume, C., St-Georges, M. et al. (2016). Familial and Clinical Correlates in Depressed Adolescents with Borderline Personality Disorder Traits. *Frontiers in Pediatrics*, 4, 87. <https://doi.org/10.3389/fped.2016.00087>
- Gunderson, J. G. (2011). Family Study of Borderline Personality Disorder and Its Sectors of Psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 68 (7), 753–62. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.65>
- Gunderson, J. G. & Berkowitz, C. (2006). *Family Guidelines. Multiple Family Group Program at McLean Hospital*. Belmont, MA: The New England Personality Disorder Association, (617) 855-2680.
- Gunderson, J. G., Berkowitz, C. & Ruiz-Sancho, A. (1997). Families of borderline patients: a psychoeducational approach. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61 (4), 446–457.
- Gunderson, J. G., Daversa, M. T., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Zanarini, M. C., Shea, M. T. et al. (2006). Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 163 (5), 822–826. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.822>
- Gunderson, J. G. & Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: an overview. *The American Journal of Psychiatry*, 132 (1), 1–10. <https://doi.org/10.1176/ajp.132.1.1>
- Hager, W. (1998). Therapieevaluation: Begriffsbildung, Kontrolle, Randomisierung und statistische Auswertung. Einige Anmerkungen und Ergänzungen zu Metzler und Krause (1997). *Pabst Science Publishers*, 3 (1), 69–81.

- Hahlweg, K., Dürr, H., Dose, M. & Müller, U. (2006). *Familienbetreuung schizophrener Patienten: Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe* (2. überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Hanh, T. N. (2005). *Being Peace* (3. Auflage). Berkeley, CA: Parallax Press.
- Hayes, S. C., Follette, V. M. & Linehan, M. M. (2012). *Achtsamkeit und Akzeptanz: Das Erweitern der kognitiv-behavioralen Tradition* (1. Auflage). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Hazel, N. A., McDonell, M. G., Short, R. A., Berry, C. M., Voss, W. D., Rodgers, M. L. et al. (2004). Impact of Multiple-Family Groups for Outpatients With Schizophrenia on Caregivers' Distress and Resources. *Psychiatric Services*, 55 (1), 35–41. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.1.35>
- Hegde, A., Chakrabarti, S. & Grover, S. (2019). Caregiver distress in schizophrenia and mood disorders: the role of illness-related stressors and caregiver-related factors. *Nordic Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1561945>
- Hellman, I. D., Morrison, T. L. & Abramowitz, S. I. (1986). The stresses of psychotherapeutic work: A replication and extension. *Journal of Clinical Psychology*, 42 (1), 197–205. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198601\)42:1<197::AID-JCLP2270420134>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198601)42:1<197::AID-JCLP2270420134>3.0.CO;2-J)
- Herpertz, S. C. (2018). Neue Wege der Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen in ICD-11. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 86 (3), 150–155. <https://doi.org/10.1055/a-0576-7149>
- Herpertz, S. C., Zanarini, M., Schulz, C. S., Siever, L., Lieb, K., Möller, H.-J. et al. (2007). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 8 (4), 212–244. <https://doi.org/10.1080/15622970701685224>
- Hesse, K. (2010). *Die Belastung der Angehörigen von Patienten mit schizophrenen Psychoosen. Stress, Attributionen und Behandlungsmöglichkeiten*. Dissertation. Universität Tübingen. Zugriff am 28.1.2017. Verfügbar unter: <https://publikationen.uni-tuebingen.de/xmlui/handle/10900/49447>
- Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J. & Blagys, M. D. (2001). Evaluating the Phase Model of Change During Short-Term Psychodynamic Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 11 (1), 29–47. <https://doi.org/10.1080/713663851>
- Hodé, Y. (2013). Psychoeducation of patients and their family members during episode psychosis. *L'Encephale*, 39 (2), 110–114. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(13\)70105-2](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(13)70105-2)
- Hoffman, P. D., Buteau, E., Hooley, J. M., Fruzzetti, A. E. & Bruce, M. L. (2003). Family members' knowledge about borderline personality disorder: correspondence with their levels of depression, burden, distress, and expressed emotion. *Family Process*, 42 (4), 469–478.
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., Buteau, E., Neiditch, E. R., Penney, D., Bruce, M. L. et al. (2005). Family Connections: A Program for Relatives of Persons With Borderline Personality Disorder. *Family Process*, 44 (2), 217–225. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2005.00055.x>
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E. & Buteau, E. (2007). Understanding and engaging families: An education, skills and support program for relatives impacted by borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16 (1), 69–82. <https://doi.org/10.1080/09638230601182052>

- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E. & Swenson, C. R. (1999). Dialectical behavior therapy–family skills training. *Family Process*, 38 (4), 399–414.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *The American Psychologist*, 41 (2), 159–164.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S. & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 678–685.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z. & Lutz, W. (1996). Evaluation of Psychotherapy. Efficacy, Effectiveness, and Patient Progress. *American Psychologist*, 51 (10), 1059–1064.
- Hubbard, A. A., McEvoy, P. M., Smith, L. & Kane, R. T. (2016). Brief group psychoeducation for caregivers of individuals with bipolar disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 200, 31–36. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.013>
- Infurna, M. R., Brunner, R., Holz, B., Parzer, P., Giannone, F., Reichl, C. et al. (2015). The Specific Role of Childhood Abuse, Parental Bonding, and Family Functioning in Female Adolescents With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 30 (2), 177–192. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_186
- Jacob, G. A. & Arntz, A. (2011). Schematherapie. *Psychotherapeut*, 56 (3), 247–258. <https://doi.org/10.1007/s00278-011-0821-8>
- Jacob, G. & Lieb, K. (2011). Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. In E. Rödiger & G. Jacob (Hrsg.), *Fortschritte der Schematherapie: Konzepte und Anwendungen* (S. 122–130). Göttingen: Hogrefe.
- Jacob, G. & Seebauer, L. (2014). Schematherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 43 (4), 271–278. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000278>
- Jacobi, F. (2011). Entwicklung und Beurteilung therapeutischer Interventionen. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 609–640). Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-13018-2_30
- Jagannathan, A., Thirhalli, J., Hamza, A., Nagendra, H. R. & Gangadhar, B. N. (2014). Predictors of family caregiver burden in schizophrenia: Study from an in-patient tertiary care hospital in India. *Asian Journal of Psychiatry*, 8, 94–98. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.12.018>
- Jäger, A. (2014). *Borderline-Störung: Betroffene verstehen*. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Jewell, T. C., Downing, D. & McFarlane, W. R. (2009). Partnering with families: multiple family group psychoeducation for schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (8), 868–878. <https://doi.org/10.1002/jclp.20610>
- Johnson, J. E., Burlingame, G. M., Olsen, J. A., Davies, D. R. & Gleave, R. L. (2005). Group Climate, Cohesion, Alliance, and Empathy in Group Psychotherapy: Multilevel Structural Equation Models. *Journal of Counseling Psychology*, 52 (3), 310–321. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.3.310>
- Jørgensen, C. R., Freund, C., Bøye, R., Jordet, H., Andersen, D. & Kjølbye, M. (2013). Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: a randomized trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127 (4), 305–317. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01923.x>

- Joyce, A. S., Ogrodniczuk, J., Piper, W. E. & McCallum, M. (2002). A test of the phase model of psychotherapy change. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 47 (8), 759–766. <https://doi.org/10.1177/070674370204700807>
- Jungbauer, J., Bischof, J. & Angermeyer, M. C. (2001). Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. *Psychiatrische Praxis*, 28 (03), 105–114. <https://doi.org/10.1055/s-2001-12668>
- Kaess, M., Brunner, R. & Chanen, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*, 134 (4), 782–793. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3677>
- Kamalabadi, M. J., Ahmadi, S. A., Etemadi, O., Fatehizadeh, M., Bahrami, F. & Firoozabadi, A. (2012). A study of the effect of couple dialectical behavioral therapy on symptoms and quality of marital relationships and mental health of Iranian borderline personality couples: a controlled trial. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 3 (9), 1480–1488.
- Karamanolaki, H., Spyropoulou, A. C., Iliadou, A., Voursour, E., Vondikaki, S., Pantazis, N. et al. (2016). Birth order and memories of traumatic and family experiences in Greek patients with borderline personality disorder versus patients with other personality disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 80 (3), 234–254. <https://doi.org/10.1521/bumc.2016.80.3.234>
- Kasalova, P., Prasko, J., Holubova, M., Vrbova, K., Zmeskalova, D., Slepecky, M. et al. (2018). Anxiety disorders and marital satisfaction. *Neuro Endocrinology Letters*, 38 (8), 555–564.
- Kauffeld, S. (2010). Prozessbezogene Evaluation: Erfolgsfaktoren für den Transfer. In S. Kauffeld (Hrsg.), *Nachhaltige Weiterbildung: Betriebliche Seminare und Trainings entwickeln, Erfolge messen, Transfer sichern* (S. 129–151). Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-95954-0_6
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15 (3), 641–685. <https://doi.org/10.1177/000306516701500309>
- Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. & Buchheim, P. (2013). Psychodynamische übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation. In K.-A. Dreyer & M.G. Schmidt (Hrsg.), *Niederfrequente psychoanalytische Psychotherapie: Theorie, Technik, Therapie* (S. 169–196). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kety, S. S., Rosenthal, D., Wender, P. H. & Schulsinger, F. (1971). Mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. *The American Journal of Psychiatry*, 128 (3), 302–306. <https://doi.org/10.1176/ajp.128.3.302>
- Kirtley, J., Chiocchi, J., Cole, J. & Sampson, M. (2018). Stigma, Emotion Appraisal, and the Family Environment as Predictors of Carer Burden for Relatives of Individuals Who Meet the Diagnostic Criteria for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 00, 0, 1–18. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_355
- Kissling, W., Rummel-Kluge, C. & Pitschel-Walz, G. (2003). *Psychoedukation für Patienten mit schizophrenen Psychosen und deren Angehörige. Alliance Psychoedukations-Programm*. Karlsruhe: Pfizer Neuroscience.
- Kivlighan Jr., D. M. & Goldfine, D. C. (1991). Endorsement of therapeutic factors as a function of stage of group development and participant interpersonal attitudes. *Journal of Counseling Psychology*, 38 (2), 150–158. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.150>

- Kivlighan Jr., D. M. & Tarrant, J. M. (2001). Does group climate mediate the group leadership–group member outcome relationship? A test of Yalom’s hypotheses about leadership priorities. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 5 (3), 220–234. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.5.3.220>
- Knight, R. P. (1953). Borderline states. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 17 (1), 1–12.
- Kotte, S. (2017). *Deutsch-israelisches Leadership Development: Eine Evaluationsstudie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Krawitz, R., Reeve, A., Hoffman, P. & Fruzzetti, A. (2016). Family Connections in New Zealand and Australia: an Evidence- Based Intervention for Family Members of People With Borderline Personality Disorder. *Journal of the NZ College of Clinical Psychologists*, 25 (2), 20–25.
- Kröger, C. & Kosfelder, J. (2007). Eine Meta-Analyse zur Wirksamkeit der Dialektisch Behavioralen Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36 (1), 11–17. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.36.1.11>
- Kromrey, H. (2001). Evaluation - ein vielschichtiges Konzept: Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung; Empfehlungen für die Praxis. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 24 (2), 105–131.
- Kühler, T., Scher, K., Höschel, K. & Bohus, M. (2006). Borderline-Persönlichkeitsstörungen in der Praxis. Dialektische Verhaltenstherapie zu Recht auf dem Vormarsch. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1 (6), 33–40.
- Kumar, K. & Gupta, M. (2014). Clinical and socio-demographic determinants of psychological health and burden in family caregivers of patients with unipolar depression. *Asian Journal of Psychiatry*, 9, 51–56. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.01.002>
- Kundermann, B., Cabanel, N., Scharmer, T. & Müller, M. J. (2014). Akzeptanz einer kognitiv-behavioralen Gruppentherapie für stationär psychiatrische Patienten mit begleitenden Insomnien. *Conference Paper. Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Gießen, Vitos Klinikum Gießen-Marburg, Fachbereich Medizin, Justus-Liebig-Universität Gießen*. Zugriff am 2.2.2019. Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/270452411_Akzeptanz_einer_kognitiv-behavioralen_Gruppentherapie_fur_stationar_psycheiatri_sche_Patienten_mit_begleitenden_Insomnien
- Kuo, J. R., Khoury, J. E., Metcalfe, R., Fitzpatrick, S. & Goodwill, A. (2015). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, 39, 147–155. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.08.008>
- Labonte, E. & Paris, J. (1993). Life events in borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 38 (10), 638–640.
- Lambert, M. J. (2015). Effectiveness of Psychotherapeutic Treatment. *Resonanzen – E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 3 (2), 87–100.
- Lambert, M. J. & Kleinstäuber, M. (2016). Wenn sich Menschen ändern - Veränderungsprozesse in der Psychotherapie und ihre Beziehung zu spezifischen Therapietechniken und allgemeinen Wirkfaktoren. *Verhaltenstherapie*, 26 (1), 32–39. <https://doi.org/10.1159/000442372>

- Langschwert, I. (2014). Trialog unterstützt Angehörige psychisch Kranker. *PPH – Die Zeitschrift für Psychiatrische Pflege heute*, 20 (2), 82–83.
- Lawn, S. & McMahon, J. (2015). Experiences of family carers of people diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22 (4), 234–243. <https://doi.org/10.1111/jpm.12193>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F. et al. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (6), 1027–1040. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1027>
- Lieb, K. & Stoffers, J. (2011). Störungsspezifische Pharmakotherapie: Borderline-Persönlichkeitsstörung. *NeuroTransmitter*, 22 (11), 60–66. <https://doi.org/10.1007/BF03363618>
- Lieb, K., Stoffers, J. & Dulz, B. (2014). Pharmakologische Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Nervenheilkunde*, 33 (10), 720–722. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1627733>
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364 (9432), 453–461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)
- Liew, T. M., Tai, B. C., Yap, P. & Koh, G. C.-H. (2019). Comparing the Effects of Grief and Burden on Caregiver Depression in Dementia Caregiving: A Longitudinal Path Analysis over 2.5 Years. *Journal of the American Medical Directors Association*. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.11.016>
- Lincoln, T. M., Wilhelm, K. & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 96 (1–3), 232–245. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.07.022>
- Lindgren, A., Barber, J. P. & Sandahl, C. (2008). Alliance to the group-as-a-whole as a predictor of outcome in psychodynamic group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58 (2), 163–184. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2008.58.2.163>
- Linehan, M. (2014). *DBT Skills Training Manual, Second Edition*. New York: Guilford Publications.
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51 (3), 261–276.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Publications.
- Linehan, M. M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. M. (2016). *Handbuch der Dialektisch-Behavioralen Therapie. Zur Behandlung psychischer Störungen. Arbeitsbuch. Mit Handouts und Arbeitsblättern für TherapeutInnen und PatientInnen*. München: CIP-Medien.

- Liotti, G., Pasquini, P. & Cirrincione, R. (2000). Predictive factors for borderline personality disorder: patients' early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (4), 282–289. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102004282.x>
- Liu, Shuai, Li, C., Shi, Z., Wang, X., Zhou, Y., Liu, Shuling et al. (2017). Caregiver burden and prevalence of depression, anxiety and sleep disturbances in Alzheimer's disease caregivers in China. *Journal of Clinical Nursing*, 26 (9–10), 1291–1300. <https://doi.org/10.1111/jocn.13601>
- Lohman, M. C., Whiteman, K. L., Yeomans, F. E., Cherico, S. A. & Christ, W. R. (2017). Qualitative Analysis of Resources and Barriers Related to Treatment of Borderline Personality Disorder in the United States. *Psychiatric Services*, 68 (2), 167–172. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600108>
- Lora, A., Bezzi, R. & Erlicher, A. (2007). Estimating the prevalence of severe mental illness in mental health services in Lombardy (Italy). *Community Mental Health Journal*, 43 (4), 341–357. <https://doi.org/10.1007/s10597-006-9078-z>
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. Is it true that „everywon has one and all must have prizes“? *Archives of General Psychiatry*, 32 (8), 995–1008.
- Lueger, R. J. (1995). Ein Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderung. *Psychotherapeut*, 40 (5), 267–278.
- Lutz, W., Schürch, E., Stulz, N., Böhnke, J. R., Schöttke, H., Rogner, J. et al. (2009). Entwicklung und psychometrische Kennwerte des Fragebogens zur Evaluation von Psychotherapieverläufen (FEP). *Diagnostica*, 55 (2), 106–116. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.55.2.106>
- MacKenzie, K. R. (1997). Clinical application of group development ideas. *Group Dynamics Theory Research and Practice*, 4 (1), 275–287.
- MacKenzie, K. R. (2001). Klinische Berücksichtigung von Phasen der Gruppenentwicklung. In V. Tschuschke (Hrsg.), *Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Maercker, A. (2017). *Trauma und Traumafolgestörungen* (1. Auflage). München: C.H.Beck.
- Maier-Riehle, B. & Zwingmann, C. (2000). Effektstärkevarianten beim Eingruppen-Prä-Post-Design: Eine kritische Betrachtung. *Die Rehabilitation*, 39 (4), 189–199. <https://doi.org/10.1055/s-2000-12042>
- Marchira, C. R., Supriyanto, I., Subandi, S., Good, M. J. D. & Good, B. J. (2017). Brief interactive psychoeducation for caregivers of patients with early phase psychosis in Yogyakarta, Indonesia. *Early Intervention in Psychiatry*, 1–8. <https://doi.org/10.1111/eip.12506>
- Margraf, J. (Hrsg.). (2000). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (2. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Margraf, J. & Schneider, S. (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (3. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Martin, E. A. & Hill, W. F. (1957). Toward a theory of group development: Six phases of therapy group development. *International Journal of Group Psychotherapy*, 7, 20–30. <https://doi.org/10.1080/00207284.1957.11508717>

- Martín, J., Padierna, A., van Wijngaarden, B., Aguirre, U., Anton, A., Muñoz, P. et al. (2015). Caregivers consequences of care among patients with eating disorders, depression or schizophrenia. *BMC psychiatry*, 15, 124. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0507-9>
- Martín-Carrasco, M., Martín, M. F., Valero, C. P., Millán, P. R., García, C. I., Montalbán, S. R. et al. (2009). Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in alzheimer's disease patients' caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24 (5), 489–499. <https://doi.org/10.1002/gps.2142>
- Martino, F., Lia, L., Bortolotti, B., Menchetti, M., Monari, M., Ridolfi, M. E. et al. (2014). The family of a patient with borderline personality disorder: burden of illness and interventions for caregivers. *Rivista di Psichiatria*, 49 (5), 199–206. <https://doi.org/10.1708/1668.18258>
- Mason, P. & Kreger, R. (2009). *Schluss mit dem Eiertanz: Für Angehörige von Menschen mit Borderline* (Neuausgabe). Köln: BALANCE buch + medien Verlag.
- McFarlane, W. R. (2002). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. New York, London: Guilford Press.
- McFarlane, W. R., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., Deakins, S. A., Newmark, M. et al. (1995). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52 (8), 679–687.
- McWilliams, S., Egan, P., Jackson, D., Renwick, L., Foley, S., Behan, C. et al. (2010). Care-giver psychoeducation for first-episode psychosis. *European Psychiatry*, 25 (1), 33–38. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.08.006>
- McWilliams, S., Hill, S., Mannion, N., Fetherston, A., Kinsella, A. & O'Callaghan, E. (2012). Schizophrenia: A five-year follow-up of patient outcome following psycho-education for caregivers. *European Psychiatry*, 27 (1), 56–61. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.08.012>
- Mestel, R. & Lutz, R. (2002). Sinn und Unsinn von Effektstärkemaßen. Vortrag auf der 15. Mainzer Werkstatt.
- Möller-Leimkühler, A. M. & Wiesheu, A. (2012). Caregiver burden in chronic mental illness: the role of patient and caregiver characteristics. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262 (2), 157–166. <https://doi.org/10.1007/s00406-011-0215-5>
- Mombour, W., Zaudig, M., Berger, P., Gutierrez, K., Berner, W., Berger, K. et al. (1996). *IPDE, International Personality Disorder Examination von A.W. Loranger. Deutschsprachige Ausgabe*. Bern: Huber.
- Morgiève, M., N'Diaye, K., Fernandez-Vidal, S., Clair, A.-H. & Mallet, L. (2017). Obsessive-compulsive disorder as seen by those who are confronted with it: A survey of patients, relatives and clinicians. *L'Encephale*, 43 (6), 528–539. <https://doi.org/10.1016/j.en-cep.2016.07.004>
- Mühling, S. & Jacobi, F. (2011). Psychoedukation. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.) *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 477–490). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Myers, S. A. & Anderson, C. M. (2008). *The fundamentals of small group communication*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Navidian, A., Kermansaravi, F. & Rigi, S. N. (2012). The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders. *BMC Research Notes*, 5, 399. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-399>

- Neher, M. (2017). Psychoedukation – Schritt für Schritt. *PSYCH up2date*, 11 (6), 470–473. <https://doi.org/10.1055/s-0043-116148>
- Nestoriuc, Y., Berking, M. & Rief, W. (2012). Psychotherapieforschung. In M. Berking & W. Rief (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor: Band II*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Ngoc, T. N., Weiss, B. & Trung, L. T. (2016). Effects of the family schizophrenia psychoeducation program for individuals with recent onset schizophrenia in Viet Nam. *Asian Journal of Psychiatry*, 22, 162–166. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.06.001>
- Nickell, A. D., Waudby, C. J. & Trull, T. J. (2002). Attachment, parental bonding and borderline personality disorder features in young adults. *Journal of Personality Disorders*, 16 (2), 148–159.
- Niegemann, H. M., Hessel, S., Hochscheid-Mauel, D., Aslanski, K., Deimann, M. & Kreuzberger, G. (2013). *Kompendium E-Learning*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Ozkan, B., Erdem, E., Demirel Ozsoy, S. & Zararsiz, G. (2013). Effect of psychoeducation and telepsychiatric follow up given to the caregiver of the schizophrenic patient on family burden, depression and expression of emotion. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 29 (5), 1122–1127.
- Paris, J. (2005). Borderline personality disorder. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 172 (12), 1579–1583. <https://doi.org/10.1503/cmaj.045281>
- Paris, J. & Frank, H. (1989). Perceptions of parental bonding in borderline patients. *The American Journal of Psychiatry*, 146 (11), 1498–1499. <https://doi.org/10.1176/ajp.146.11.1498>
- Patton, M. Q. (2008). *Utilization-Focused Evaluation* (4. Auflage). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Pearce, J., Jovev, M., Hulbert, C., McKechnie, B., McCutcheon, L., Betts, J. et al. (2017). Evaluation of a psychoeducational group intervention for family and friends of youth with borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, 1–7. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0056-6>
- Pekkala, E. & Merinder, L. (2002). Psychoeducation for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD002831. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831>
- Perlick, D. A., Berk, L., Kaczynski, R., Gonzalez, J., Link, B., Dixon, L. et al. (2016). Caregiver burden as a predictor of depression among family and friends who provide care for persons with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 18 (2), 183–191. <https://doi.org/10.1111/bdi.12379>
- Pfammatter, M., Junghan, U. M. & Tschacher, W. (2012). Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 17 (1), 17–31.
- Pfammatter, M. & Tschacher, W. (2016). Klassen allgemeiner Wirkfaktoren der Psychotherapie und ihr Zusammenhang mit Therapietechniken. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 45 (1), 1–13. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000331>
- Pianchob, S., Sangon, S., Sitthimongkol, Y., Williams, R. A. & Orathai, P. (2014). A Causal Model of Psychological Distress of Thai Family Caregivers of People with Major Depressive Disorder. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 18 (3), 173–186.

- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18 (4), 577–595. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003462>
- Pitschel-Walz, G. (1997). *Die Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung schizophrener Patienten und ihr Einfluß auf den Krankheitsverlauf*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Pitschel-Walz, G. (2005). Psychoedukative Gruppen für Patienten mit Depressionen und deren Angehörige: wissenschaftliche Fundierung, praktische Durchführung und Akzeptanz. In B. Behrendt & A. Schaub (Hrsg.), *Handbuch Psychoedukation und Selbstmanagement: Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis* (S. 247–272). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Pitschel-Walz, G. & Bäuml, J. (2008). Grundlagen des Konsensuspapiers zur Psychoedukation. In J. Bäuml, B. Behrendt, P. Hennigsen & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 2–11). Stuttgart: Schattauer.
- Pitschel-Walz, G. & Bäuml, J. (2016). Grundlagen des Konsensuspapiers zur Psychoedukation. In J. Bäuml, B. Behrendt, P. Hennigsen & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Pitschel-Walz, G. & Bäuml, J. (2017). Psychoedukation für Patienten und Angehörige: Eine psychotherapeutische Basisbehandlung bei schizophrenen Psychosen. *Verhaltenstherapie*, 27 (3), 190–197. <https://doi.org/10.1159/000478912>
- Pitschel-Walz, G., Bäuml, J. & Kissling, W. (2018). *Psychoedukation bei Depressionen: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen. Mit Zugang zum Elsevier-Portal* (2. Auflage). München: Elsevier.
- Pitschel-Walz, G., Froböse, T. & Bäuml, J. (2016). Psychoedukation und die Einbeziehung der Familien. In J. Bäuml, B. Behrendt, P. Hennigsen & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 438–445). Stuttgart: Schattauer.
- Pitschel-Walz, G., Froböse, T., Krämer, S., Gsottschneider, A., Bäuml, J. & Jahn, T. (2011). Subjektives Wirksamkeitserleben in psychoedukativen Gruppen bei Schizophrenie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40 (3), 186–197. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000101>
- Pitschel-Walz, G., Fuchs, D., Spatzl, A., Walker, H. & Rentrop, M. (2015). Psychoedukative Gruppen für Angehörige von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *PTT: Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie*, 19, 260–268.
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W. & Engel, R. R. (2001). The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia—A Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27 (1), 73–92. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006861>
- Pitschel-Walz, G., Rummel-Kluge, C., Froböse, T., Beitinger, R., Stiegler, M., Bäuml, J. et al. (2012). Steigerung des „empowerment“ bei Angehörigen von schizophren Erkrankten. *Psychotherapeut*, 57 (4), 313–318. <https://doi.org/10.1007/s00278-012-0924-x>
- Pomerantz, A. M. (2008). *Clinical Psychology: Science, Practice, and Culture*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Quadflieg, N., Schädler, D., Naab, S. & Fichter, M. M. (2017). RCT of a Video-based Intervention Program for Caregivers of Patients with an Eating Disorder. *European Eating Disorders Review*, 25 (4), 283–292. <https://doi.org/10.1002/erv.2521>
- Quiles Marcos, Y., Quiles Sebastián, M. J., Escolano Herrera, M., Sanmartín, R. & Treasure, J. (2018). Testing carer skill training programs in Spanish carers of patients with eating disorders. *Psicothema*, 30 (3), 295–303. <https://doi.org/10.7334/psicothema2017.368>
- Rajalin, M., Wickholm-Pethrus, L., Hursti, T. & Jokinen, J. (2009). Dialectical Behavior Therapy-Based Skills Training for Family Members of Suicide Attempters. *Archives of Suicide Research*, 13 (3), 257–263. <https://doi.org/10.1080/13811110903044401>
- Rauchfleisch, U. (2015). *L(i)eben mit Borderline - Ein Ratgeber für Angehörige* (2. Auflage). Ostfildern: Patmos.
- Reddemann, L. & Sachsse, U. (2000). Traumazentrierte Psychotherapie der chronifizierten, komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung vom Phänotyp der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In O.F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Regalado, P., Pechon, C., Stoewsand, C. & Gagliesi, P. (2011). Family relatives of persons with borderline personality disorder: a pre-experimental study of a group intervention. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatria*, 22 (98), 245–252.
- Reicherzer, M. (2013). Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) – Grundlagen und Dialektisch-Behaviorale Therapie. *Psychotherapie*, 18 (1), 9–34.
- Reichhart, T., Pitschel-Walz, G., Kissling, W., Bäuml, J., Schuster, T. & Rummel-Kluge, C. (2010). Gender differences in patient and caregiver psychoeducation for schizophrenia. *European Psychiatry*, 25 (1), 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.08.001>
- Reinares, M., Colom, F., Sánchez-Moreno, J., Torrent, C., Martínez-Arán, A., Comes, M. et al. (2008). Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. *Bipolar Disorders*, 10 (4), 511–519. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2008.00588.x>
- Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martínez-Arán, A., Torrent, C., Comes, M. et al. (2004). Impact of a Psychoeducational Family Intervention on Caregivers of Stabilized Bipolar Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73 (5), 312–319. <https://doi.org/10.1159/000078848>
- Reisch, T., Thommen, M., Endtner, K. & Tschacher, W. (o. J.). Therapieverläufe von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung. *Forschungsberichte der Abteilung für Psychotherapie. Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie Bern, Schweiz*, 09 (3), 1–14.
- Rentrop, M. & Reicherzer, M. (2016). Psychoedukation bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. In J. Bäuml, B. Behrendt, P. Hennigsen & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 406–416). Stuttgart: Schattauer.
- Rentrop, M., Reicherzer, M. & Bäuml, J. (2007). *Psychoedukation Borderline-Störung Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen* (1. Auflage). München: Urban & Fischer.

- Rhee, T. G. & Rosenheck, R. A. (2018). Does improvement in symptoms and quality of life in chronic schizophrenia reduce family caregiver Burden? *Psychiatry Research*, 271, 402–404. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.005>
- Rickards, T. & Moger, S. (2000). Creative Leadership Processes in Project Team Development: An Alternative to Tuckman's Stage Model. *British Journal of Management*, 11 (4), 273–283. <https://doi.org/10.1111/1467-8551.00173>
- Rief, W., Bleichhardt, G. & Timmer, B. (2002). Gruppentherapie für somatoforme Störungen – Behandlungsleitfaden, Akzeptanz und Prozessqualität. *Verhaltenstherapie*, 12 (3), 183–191. <https://doi.org/10.1159/000066569>
- Rinck, M. (2016). Lernen: Ein Lehrbuch für Studium und Praxis. In M. Hasselhorn, W. Kunde & S. Schneider (Hrsg.), *Standards Psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ripoll, L. H., Triebwasser, J. & Siever, L. J. (2011). Evidence-based pharmacotherapy for personality disorders. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 14 (9), 1257–1288. <https://doi.org/10.1017/S1461145711000071>
- Riso, L. P., Klein, D. N., Anderson, R. L. & Ouimette, P. C. (2000). A Family Study of Outpatients With Borderline Personality Disorder and No History of Mood Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 14 (3), 208–217. <https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.3.208>
- Roick, C. (2019). Neue Online-Hilfe für Angehörige depressiv Erkrankter. *Psychiatrische Praxis*, 46 (1), 52–53. <https://doi.org/10.1055/a-0758-6028>
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6 (3), 412–415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Rossi, P. H. & Freeman, H. E. (1993). *Evaluation: A systematic approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rubel, J., Zimmermann, D., Müller, V. & Lutz, W. (2017). Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 67 (09/10), 436–448. <https://doi.org/10.1055/s-0043-103272>
- Rummel-Kluge, C., Kluge, M. & Kissling, W. (2013). Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: results of two surveys five years apart in German-speaking European countries. *BMC psychiatry*, 13, 170. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-170>
- Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., Bäuml, J. & Kissling, W. (2006). Psychoeducation in Schizophrenia—Results of a Survey of All Psychiatric Institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (4), 765–775. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl006>
- Sack, M., Sachsse, U., Overkamp, B. & Dulz, B. (2013). Traumafolgestörungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Der Nervenarzt*, 84 (5), 608–614. <https://doi.org/10.1007/s00115-012-3489-6>
- Sanders, S. & Pearce, S. (2010). The Oxford Friends and Family Empowerment (OFAFE) service: support and education for those affected by friends or family with personality disorder. *Mental Health Review Journal*, 15 (4), 58–62. <https://doi.org/10.5042/mhrj.2010.0741>
- Sansone, R. A. & Sansone, L. A. (2009). The families of borderline patients: the psychological environment revisited. *Psychiatry (Edgmont)*, 6 (2), 19–24.

- Santangelo, P., Reinhard, I., Mussgay, L., Steil, R., Sawitzki, G., Klein, C. et al. (2014). Specificity of affective instability in patients with borderline personality disorder compared to post-traumatic stress disorder, bulimia nervosa, and healthy controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 123 (1), 258–272. <https://doi.org/10.1037/a0035619>
- Schäfer, U., Rüther, E. & Sachsse, U. (2010). *Borderline-Störungen. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige* (3. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schaich, A., Erkens, N., Schweiger, U. & Faßbinder, E. (2018). Borderline-Persönlichkeitsstörung. *PSYCH up2date*, 12 (2), 139–150. <https://doi.org/10.1055/s-0043-110841>
- Schaub, A., Kopinke, J., Neusser, A. & Charypar, M. (2007). Kognitiv-psychoedukative Gruppenintervention bei stationären Patienten mit depressiven Erkrankungen – Ergebnisse einer prospektiven Pilotstudie. *Verhaltenstherapie*, 17 (3), 167–173. <https://doi.org/10.1159/000106570>
- Scheirs, J. G. M. & Bok, S. (2007). Psychological distress in caretakers or relatives of patients with borderline personality disorder. *The International Journal of Social Psychiatry*, 53 (3), 195–203.
- Schene, A. H. & Wijngarden, B. (1990). *The Involvement Evaluation Questionnaire*. Utrecht: Department of Ambulatory and Social Psychiatry, University of Utrecht.
- Schigl, B. (2018). Gender und Psychotherapieforschung (Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung). In B. Schigl (Hrsg.), *Psychotherapie und Gender. Konzepte. Forschung. Praxis: Welche Rolle spielt die Geschlechtszugehörigkeit im therapeutischen Prozess?* (S. 117–168). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-20471-6_7
- Schmid, R., Cording, C. & Spießl, H. (2007). Bedeutung emotionaler Belastungen für die Angehörigenarbeit - Hintergründe und praktische Konsequenzen. *Psychoneuro*, 33 (01/02), 34–42. <https://doi.org/10.1055/s-2007-973739>
- Schmid, R., Spießl, H., Vukovich, A. & Cording, C. (2003). Belastungen von Angehörigen und ihre Erwartungen an psychiatrische Institutionen: Literaturübersicht und eigene Ergebnisse. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 71 (3), 118–128. <https://doi.org/10.1055/s-2003-37754>
- Schmitz-Buhl, M., Kriebel, R. & Paar, G. H. (1999). Zeitsensitive Therapie: Zusammenhänge zwischen Therapiedauer, Therapiemotivation, Beschwerdestärke und Behandlungserfolg in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 45, 21–27.
- Schüepf, R., Mattheß, H., Menne, B., Sack, M., Sachsse, U. & Schellong, J. (2013). Komplexe Traumafolgestörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In M. Sack, U. Sachsse & J. Schellong (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörungen* (S. 409–420). Stuttgart: Schattauer.
- Schutz, W. C. (1958). *FIRO: A three-dimensional Theory of Interpersonal Behavior*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Scriven, M. (1972). Die Methodologie der Evaluation. In C. Wulf (Hrsg.), *Evaluation: Beschreibung und Bewertung von Unterricht, Curricula und Schulversuchen* (S. 60–91). München: Piper.
- Scriven, M. (1991). *Evaluation Thesaurus* (4. Auflage). Newbury Park: Sage.

- Sembill, A., Vocks, S., Kosfelder, J. & Schöttke, H. (2017). The phase model of psychotherapy outcome: Domain-specific trajectories of change in outpatient treatment. *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1405170>
- Senaratne, R., Van Ameringen, M., Mancini, C. & Patterson, B. (2010). The burden of anxiety disorders on the family. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198 (12), 876–880. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181fe7450>
- Sendera, A. & Sendera, M. (2016). Borderline-Störung. In A. Sendera & M. Sendera (Hrsg.) *Borderline - Die andere Art zu fühlen* (S. 7–32). Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-48003-8_2
- Shiraishi, N. & Reilly, J. (2018). Positive and negative impacts of schizophrenia on family caregivers: a systematic review and qualitative meta-summary. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1617-8>
- Silverman, J. M., Pinkham, L., Horvath, T. B., Coccaro, E. F., Klar, H., Scheer, S. et al. (1991). Affective and impulsive personality disorder traits in the relatives of patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 148 (10), 1378–1385. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.10.1378>
- Sin, J., Gillard, S., Spain, D., Cornelius, V., Chen, T. & Henderson, C. (2017). Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 56, 13–24. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.002>
- Sipos, V. & Schweiger, U. (2018). *Gruppentherapie: Ein Handbuch für die ambulante und stationäre verhaltenstherapeutische Praxis* (2. überarb. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Siu, B. W. M., Lam, C. & Chan, W. (2012). Pattern and determinants of burden in Chinese families of adults with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26 (1), 252–257. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.11.008>
- Skevington, S. M., Lotfy, M. & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13 (2), 299–310. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
- Soliman, E. S., Mahdy, R. S. & Fouad, H. A. (2018). Impact of psychoeducation program on quality of life of schizophrenic patients and their caregivers. *Egyptian Journal of Psychiatry*, 39 (1), 35–41.
- Sollberger, D. & Walter, M. (2010). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Gemeinsamkeiten und Differenzen evidenzbasierter störungsspezifischer Behandlungen. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 78 (12), 698–708. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1245626>
- Soloff, P. H. & Millward, J. W. (1983). Psychiatric disorders in the families of borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 40 (1), 37–44.
- Sowislo, J. F. & Euler, S. (2017). Psychodynamische Therapien der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychiatrie & Neurologie*, (4), 26–29.
- Spiel, C., Gradinger, P. & Lüftenegger, M. (2010). Grundlagen der Evaluationsforschung. In H. Holling & B. Schmitz (Hrsg.), *Handbuch Statistik, Methoden und Evaluation* (S. 223–232). Göttingen: Hogrefe.

- Stefanini, M. C., Troiani, M. R., Caselli, M., Dirindelli, P., Lucarelli, S., Caini, S. et al. (2018). Living with someone with an eating disorder: factors affecting the caregivers' burden. *Eating and weight disorders: EWD*. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0480-7>
- Steinert, T., Steib, M.-L., Uhlmann, C. & Tschöke, S. (2014). *Stationäre Krisenintervention bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Stengler-Wenzke, K. & Angermeyer, M. C. (2002). Ambulante Gruppentherapie für Patienten mit Zwangserkrankungen und deren Angehörige. *Psychiatrische Praxis*, 29 (03), 136–141. <https://doi.org/10.1055/s-2002-25100>
- Stepp, S. D., Trull, T. J. & Sher, K. J. (2005). Borderline personality features predict alcohol use problems. *Journal of Personality Disorders*, 19 (6), 711–722. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.6.711>
- Stepp, S. D., Whalen, D. J., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E. & Levine, M. D. (2011). Children of Mothers with Borderline Personality Disorder: Identifying Parenting Behaviors as Potential Targets for Intervention. *Personality Disorders*, 3 (1), 76–91. <https://doi.org/10.1037/a0023081>
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7 (4), 467–489. <https://doi.org/10.1080/21674086.1938.11925367>
- Stiglmayr, C. (2017). Die Dialektisch-Behaviorale Therapie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *PSYCH up2date*, 11 (2), 151–164. <https://doi.org/10.1055/s-0042-123718>
- Stiglmayr, C. E., Grathwol, T., Linehan, M. M., Ihorst, G., Fahrenberg, J. & Bohus, M. (2005). Aversive tension in patients with borderline personality disorder: a computer-based controlled field study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111 (5), 372–379.
- Stiglmayr, C. E., Shapiro, D. A., Stieglitz, R. D., Limberger, M. F. & Bohus, M. (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder — a controlled study. *Journal of Psychiatric Research*, 35 (2), 111–118. [https://doi.org/10.1016/S0022-3956\(01\)00012-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3956(01)00012-7)
- Stockmann, R. (2006). Evaluation in Deutschland. In R. Stockmann (Hrsg.), *Evaluationsforschung: Grundlagen und ausgewählte Forschungsfelder*. Münster: Waxmann.
- Strauß, B. & Mattke, D. (2012). *Gruppenpsychotherapie: Lehrbuch für die Praxis*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Stulz, N. & Lutz, W. (2007). Multidimensional patterns of change in outpatient psychotherapy: The phase model revisited. *Journal of Clinical Psychology*, 63 (9), 817–833. <https://doi.org/10.1002/jclp.20397>
- Summ, E. (2008). *Psychoedukation Angst bei stationären Patienten - PASTA. Entwicklung und Evaluation eines stationären psychoedukativen Gruppenprogramms zur Behandlung von Angst*. Dissertation. Universität Erlangen.
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Heath, C. J., Herbert, G. L. & Levine, J. C. (2010). Applications of the psychotherapy phase model to clinically significant deterioration. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47 (2), 235–248. <https://doi.org/10.1037/a0019787>
- Taube-Schiff, M., Suvak, M. K., Antony, M. M., Bieling, P. J. & McCabe, R. E. (2007). Group cohesion in cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (4), 687–698. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.06.004>

- Terbrack, U. & Hornung, W. P. (2004). *Psychoedukation bei Zwangsstörungen: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen* (1. Auflage). München: Urban & Fischer.
- Timmerby, N., Austin, S., Bech, P. & Csillag, C. (2017). Family psychoeducation for affective disorders. *Ugeskrift for Laeger*, 179 (19).
- Torres, A. R., Hoff, N. T., Padovani, C. R. & Ramos-Cerqueira, A. T. de A. (2012). Dimensional analysis of burden in family caregivers of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66 (5), 432–441. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2012.02365.x>
- Tschuschke, V. (2001). *Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Tschuschke, V. (2010). Gruppen- versus Einzeltherapie – Setting und Wirkfaktoren. In V. Tschuschke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie: von der Indikation bis zu Leitungstechniken*. Stuttgart: Thieme. <https://doi.org/10.1055/b-0034-28732>
- Tschuschke, V. (2013). *Kurzgruppenpsychotherapie: Theorie und Praxis*. Wien, New York: Springer.
- Tuckman, B. (1965). Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin*, (63), 384–399.
- Tuckman, B. W. & Jensen, M. A. C. (1977). Stages of Small-Group Development Revisited. *Group & Organization Studies*, 2 (4), 419–427. <https://doi.org/10.1177/105960117700200404>
- Tyrer, P. (2015). The Likely Classification of Borderline Personality Disorder in Adolescents in ICD-11. In C. Sharp & J.L. Tackett (Hrsg.), *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents* (S. 451–457). Berlin, New York: Springer.
- Vauth, R., Bull, N. & Schneider, G. (2009). *Emotions- und stigmafokussierte Angehörigenarbeit bei psychotischen Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Vecchio, V. D. (2017). Der Draft Entwurf des ICD-11 Kapitels von psychischen Erkrankungen. Ein Bericht für die WPA Sektionsmitglieder. *Psychiatria Danubina*, 29 (1), 96–100.
- Veselinović, T., Louis, F. & Himmerich, H. (2008). Dialektisch–Behaviorale Therapie bei Borderline–Persönlichkeitsstörung – Anwendung und Evaluation. *Psychoneuro*, 34 (10), 467–470. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1103116>
- Vetere, A. (2018). On the effectiveness of family, marital and systemic therapies. In S. McPherson, P. Richardson & P. Leroux (Hrsg.), *Clinical Effectiveness in Psychotherapy and Mental Health*. New York: Routledge.
- von Wachter, M. & Hendrichke, A. (2016). Psychoedukation. In M. von Wachter & A. Hendrichke (Hrsg.), *Psychoedukation bei chronischen Schmerzen* (S. 5–9). Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-47983-4_2
- Wagner, T., Roepke, S., Marschall, P., Stiglmayr, C., Renneberg, B., Gieb, D. et al. (2013). Krankheitskosten der Borderline Persönlichkeitsstörung aus gesellschaftlicher Perspektive. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 42 (4), 242–255. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000227>
- Wampold, B. E. & Budge, S. L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address: The Relationship—and Its Relationship to the Common and Specific Factors of Psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 40 (4), 601–623. <https://doi.org/10.1177/0011000011432709>

- Wang, J., Chen, Y., Tan, C. & Zhao, X. (2016). Family functioning, social support, and quality of life for patients with anxiety disorder. *The International Journal of Social Psychiatry*, 62 (1), 5–11. <https://doi.org/10.1177/0020764015584649>
- White, C. N., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C. & Hudson, J. I. (2003). Family studies of borderline personality disorder: a review. *Harvard Review of Psychiatry*, 11 (1), 8–19.
- Whitehurst, T., Ridolfi, M. E. & Gunderson, J. G. (2002). Multiple family group treatment for borderline personality disorder. In S.G. Hofmann & M.C. Thompson (Hrsg.), *Treating Chronic and Severe Mental Disorders: A Handbook of Empirically Supported Interventions* (S. 343–363). New York: Guilford Press.
- Wijngaarden, B. van, Schene, A. H., Koeter, M., Vázquez-Barquero, J. L., Knudsen, H. C., Lasalvia, A. et al. (2000). Caregiving in schizophrenia: development, internal consistency and reliability of the Involvement Evaluation Questionnaire - European Version. EPSILON Study 4. *The British Journal of Psychiatry*, 177 (39), 21–27. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.39.s21>
- Wijngaarden, B. van, Schene, A. H. & Koeter, M. W. J. (2004). Family caregiving in depression: impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking. *Journal of Affective Disorders*, 81 (3), 211–222. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(03\)00168-X](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00168-X)
- Wilz, G. & Brähler, E. (2012). Mitbetroffen – Angehörige akut und chronisch Erkrankter. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 62 (09/10), 333–334. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1327194>
- Wu, M. S., Hamblin, R., Nadeau, J., Simmons, J., Smith, A., Wilson, M. et al. (2018). Quality of life and burden in caregivers of youth with obsessive-compulsive disorder presenting for intensive treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 46–56. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.08.005>
- Xia, J., Merinder, L. B. & Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD002831. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831.pub2>
- Yalom, I. D. (1996). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch*. München: J. Pfeiffer.
- Yalom, I. D. (2007). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. & Kernberg, O. F. (2015). *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.
- Yu, Y., Liu, Z.-W., Zhou, W., Chen, X.-C., Zhang, X.-Y., Hu, M. et al. (2018). Assessment of Burden Among Family Caregivers of Schizophrenia: Psychometric Testing for Short-Form Zarit Burden Interviews. *Frontiers in Psychology*, 9, 2539. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02539>
- Yu, Y., Zhou, W., Liu, Z.-W., Hu, M., Tan, Z.-H. & Xiao, S.-Y. (2019). Gender differences in caregiving among a schizophrenia population. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 7–13. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S187975>

- Zanarini, M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120 (5), 373–377. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01448.x>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B. & Silk, K. R. (2005). Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *Journal of Personality Disorders*, 19 (1), 19–29. <https://doi.org/10.1521/pedi.19.1.19.62178>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B. & Fitzmaurice, G. (2010). Time to Attainment of Recovery From Borderline Personality Disorder and Stability of Recovery: A 10-year Prospective Follow-Up Study. *American Journal of Psychiatry*, 167 (6), 663–667. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081130>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Marino, M. F., Lewis, R. E., Williams, A. A. et al. (2000). Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 14 (3), 264–273.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Yong, L., Raviola, G., Bradford Reich, D., Hennen, J. et al. (2004). Borderline psychopathology in the first-degree relatives of borderline and axis II comparison probands. *Journal of Personality Disorders*, 18 (5), 439–447. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.5.439.51327>
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F. et al. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154 (8), 1101–1106. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.8.1101>
- Zaunmüller, L. & Lutz, W. (2012). Wer braucht wie viel Therapie? *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 13 (3), 12–17. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1305125>
- Zoubek, K. (2013). *Prozessevaluation einer kognitiv- verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie bei Diabetes und Depression: Entwicklung und Validierung der Patienten- und Therapeuten- Gruppentherapiestundenbögen (GTS-P, GTS-T, GTS-TP) zur Vorhersage des Therapieerfolgs*. Dissertation. Universität Mainz. Zugriff am 28.1.2017. Verfügbar unter: <https://www.zpid.de/redact/link.php?link=610190>
- Zweig-Frank, H. & Paris, J. (1991). Parents' Emotional Neglect and Overprotection According to the Recollections of Patients With Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, (148), 648–651.

Anhangsverzeichnis

Anhang A:	Flyer	240
Anhang B:	Die Erhebungsinstrumente der Pilotstudie	241
Anhang B1:	Telefon-Screening.....	241
Anhang B2:	Einverständniserklärung.....	242
Anhang B3:	Teilnehmerliste.....	244
Anhang B4:	Eingangsfragebogen	246
Anhang B5:	Wissensfragebogen	249
Anhang B6:	Involvement-Evaluation-Questionnaire (IEQ-EU)	254
Anhang B7:	WHOQOL-BREF	255
Anhang B8:	Feedbackfragebogen	256
Anhang B9:	Gruppentherapie – Angehörigenstundenbogen GTS-A	259
Anhang B10:	Gruppentherapie – Therapeutenstundenbogen GTS-T	260
Anhang C:	Beispielhafte Flipchart-Abbildungen zu den Gruppensitzungen.....	261
Anhang C1:	Sitzung 1 – Ausfüllen der Fragebögen, Klärung der Erwartungen, Achtsamkeit.....	261
Anhang C2:	Sitzung 2 – Krankheitsbegriff, Symptome.....	262
Anhang C3:	Sitzung 3 – Biosoziale Entstehungstheorie, Krankheitsverlauf	263
Anhang C4:	Sitzung 4 – Komorbiditäten und medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten	264
Anhang C5:	Sitzung 5 – Psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten	265
Anhang C6:	Sitzung 6 – Dialektische, nicht wertende Grundhaltung.....	266
Anhang C7:	Sitzung 7 – Grundlegende Fertigkeiten im Umgang mit der Störung	267
Anhang C8:	Sitzung 8 – Kommunikationsfertigkeiten.....	268
Anhang C9:	Sitzung 9 – Umgang mit Krisen	269

Anhang A: Flyer



Klinikum rechts der Isar



Technische Universität München

**Klinikum rechts der Isar
Anstalt des öffentlichen Rechts**

**Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie.**

Univ.-Prof. Dr. H. Förstl
Direktor

Dr. Gabi Pitschel-Walz, Station 7/2
Leitung Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Ismaninger Str. 22
81675 München
E-Mail: g.pitschel-walz@lrz.tum.de
Tel: (089) 41 40 - 4239
Fax: (089) 41 40 - 4987

Gruppe für Angehörige von Patienten mit Borderline- Persönlichkeitsstörung

Aus den Vorerfahrungen mit ehemaligen Patienten wissen wir, dass auch viele Angehörige an einer umfassenden Information über die jeweilige psychische Erkrankung interessiert sind. Bei vielen Angehörigen besteht darüber hinaus der Wunsch, sich über eigene Sorgen und Probleme austauschen zu können und Anleitung zu erhalten für den hilfreichen Umgang mit dem Betroffenen. Jetzt neu bieten wir auch für die Angehörigen von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung an unserer Klinik professionell geleitete Angehörigengruppen an.

Beschreibung der Angehörigengruppe

Ziele:

- Wissensvermittlung zur Borderline-Persönlichkeitsstörung (Krankheitsbegriff, Ursachen, Symptome, Verlauf, Begleiterkrankungen, Behandlungsmöglichkeiten)
- Vermittlung von Strategien im Umgang mit Betroffenen
- Zugewinn an Sicherheit in Krisenfällen
- Möglichkeiten der Abgrenzung und Selbstfürsorge

Gruppenteilnehmer:

- 10 Personen
- Maximal 2 Angehörige pro Betroffenen
- Fester Teilnehmerkreis

Gruppenleitung:

- Oberarzt der psychiatrischen Institutsambulanz
- Diplompsychologin
- Fachkrankenschwester für Psychiatrie

Zeitlicher Rahmen:

- 10 Gruppentreffen, 1x pro Woche, je 90 Minuten
- Immer Donnerstag, 18.00 Uhr bis 19.30 Uhr

Ort:

- Klinikum rechts der Isar,
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Konferenzraum

Start der nächsten Angehörigengruppe: vsl. Januar 2015

Anmeldung unter: Frau Dipl.-Psych. Anna Spatzl 0170/5986227

Vorstand:

Univ.-Prof. Dr. Reiner Gradinger
(Ärztlicher Direktor, Vorsitzender)
Markus Zendler
(Kaufmännischer Direktor)
Anette Thoke-Colberg
(Pflegedirektorin)
Univ.-Prof. Dr. Peter Henningsen
(Dekan)

Bankverbindung:
Bayer. Landesbank Girozentrale
Kto-Nr. 20 272
BLZ 700 500 00
IBAN DE82700500000000020272
BIC BYLADEMM

Anhang B: Die Erhebungsinstrumente der Pilotstudie

Anhang B1: Telefon-Screening

SCREENINGPROTOKOLL	
für telefonische Neuaufnahmen	
Allgemein	
Datum:	<input type="text"/>
Vor- und Nachname des Angehörigen:	<input type="text"/>
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Alter (Einschluss ab 18 Jahren):	<input type="text"/>
Art des Verhältnisses zum Patienten mit BPS:	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse:	<input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>
Nimmt im Umfeld des Angehörigen bereits ein weiterer Angehöriger an der Gruppe teil?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hinweis, dass der Angehörige den Betroffenen über die Teilnahme an der Gruppe informiert.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ausschlusskriterien abklären (im Gespräch prüfen):	
Ausreichende Sprachkenntnisse:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kognitive Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gesicherte Diagnose (ICD-10: F63.1) beim Patienten (Arztbrief oder schriftliche Bestätigung des Therapeuten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1/1	

Anhang B2: Einverständniserklärung



Technische Universität München

Gruppe für Angehörige von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Vereinbarung über die Teilnahme

Angehörigen Nr.: _____ Datum: _____

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Tel. Nr. / Handy: _____

Klinikum rechts der Isar
Anstalt des öffentlichen Rechts

Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie.

Univ.-Prof. Dr. H. Förstl
Direktor

PD Dr. Gabi Pitschel-Walz
Leitung Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Station 9/2
Möhlstr. 26
81675 München
E-Mail: g.pitschel-walz@lrz.tum.de
Tel: (089) 41 40 - 4239

Ziele und Inhalte der Gruppe:

Wir bieten Ihnen ein Forum an, in dem Sie sich über die Borderline-Persönlichkeitsstörung informieren und sich gleichzeitig mit anderen Angehörigen und Professionellen besprechen und austauschen können.

Im Wesentlichen sollen folgende Themenbereiche angesprochen werden:

Fachliche Informationen zu:

- ☐ Krankheitsbegriff
- ☐ Ursachenmodell
- ☐ Charakteristische Symptome
- ☐ Krankheitsverlauf
- ☐ Begleiterkrankungen
- ☐ Behandlungsmöglichkeiten (Medikamente)
- ☐ Behandlungsmöglichkeiten (Psychotherapie)

Strategien im Umgang mit der betroffenen Person:

- ☐ Dialektische Grundhaltung
- ☐ Wertschätzende Kommunikation
- ☐ Vermittlung neuer Fertigkeiten
- ☐ Regulation der eigenen Gefühle
- ☐ Umgang mit Krisen unter Berücksichtigung der eigenen Grenzen

Um eine vertrauensvolle Gruppenatmosphäre zu gewährleisten, bitten wir Sie um die Einhaltung folgender Regeln:

- ☐ Für die Gruppe herrscht Schweigepflicht.
- ☐ Jeder darf und soll zu Wort kommen.
- ☐ Wir nehmen eine annehmende, nicht wertende Grundhaltung ein.
- ☐ Es gibt kein Richtig oder Falsch.
- ☐ Wir respektieren die Grenzen der anderen, auch wenn sie von den eigenen abweichen.

Vorstand:

Univ.-Prof. Dr. Reiner Gradinger
(Ärztlicher Direktor, Vorsitzender)
Markus Zendler
(Kaufmännischer Direktor)
Anette Thoke-Colberg
(Pflegedirektorin)
Univ.-Prof. Dr. Peter Henningsen
(Dekan)

Bankverbindung:
Bayer. Landesbank Girozentrale
Kto-Nr. 20 272
BLZ 700 500 00
IBAN DE82700500000000020272
BIC BYLADEMM



Klinikum rechts der Isar



Technische Universität München

- ☐ Jede Bewegung soll von der Gruppe ausbalanciert werden.
Wenn ein Angehöriger berichtet, was alles schief läuft, ist es die Aufgabe der Gruppe, herauszuarbeiten, was auch funktioniert.
- ☐ Die Gruppenmitglieder bemühen sich um eine Haltung, die eine Balance aus Akzeptanz und Veränderung ausdrückt.

Sollten Sie zu einem der Treffen nicht kommen können, bitten wir Sie um telefonische Absage bei Frau Dipl.-Psych. Spatzl unter:

0170/5986227

Die Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig und kann von Ihnen jederzeit, ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden. Falls sich der/die Betroffene derzeit in Behandlung im Klinikum rechts der Isar befindet, brauchen wir dessen Einverständniserklärung für Ihre Teilnahme. Dafür bitten wir um Verständnis. Selbstverständlich gilt die Schweigepflicht auch gegenüber Ihrem Angehörigen und umgekehrt.

Da es uns ein Anliegen ist, die Gruppe möglichst effektiv an Ihre Wünsche und Bedürfnisse anzupassen, wird sie durch eine wissenschaftliche Überprüfung begleitet. Wir bitten Sie daher, die bereitgestellten Fragebögen zu beantworten. Die Daten werden selbstverständlich nur anonymisiert verwendet.

Mit den Gegebenheiten der Gruppe bin ich einverstanden und erkläre mich zur Teilnahme bereit.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Teilnehmer

Unterschrift Gruppenleiter

Anhang B3: Teilnehmerliste

TEILNEHMERLISTE				
Psychoedukationsgruppe für Angehörige von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung				
Teilnehmer nummer	Name	Telefonnummer/ Emailadresse	Nimmt/Nahm Ihr Betroffener mit Borderline-Störung bereits an der Borderline- Informationsgruppe für Betroffene teil?	Könnte dieses Angebot für Ihren Betroffenen mit Borderline- Störung interessant sein?
1			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
18			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
19			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
20			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

1/2

TEILNEHMERLISTE

Psychoedukationsgruppe für Angehörige von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Teilnehmer nummer	Name	Telefonnummer/ Emailadresse	Nimmt/Nahm Ihr Betroffener mit Borderline-Störung bereits an der Borderline- Informationsgruppe für Betroffene teil?	Könnte dieses Angebot für Ihren Betroffenen mit Borderline- Störung interessant sein?
21			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
22			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
23			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
24			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
25			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
26			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
27			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
28			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
29			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
30			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
31			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
32			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
33			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
34			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
35			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
36			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
37			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
38			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
39			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
40			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Anhang B4: Eingangsfragebogen

EINGANGSFRAGEBOGEN

Psychoedukationsgruppe für Angehörige von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Angehörigen Nr.:

Gruppen Nr.: Datum:

Anmerkung: Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wurde auf eine geschlechterspezifische Differenzierung verzichtet. Die verwendete maskuline Schreibweise bezieht sich aber stets auf beide Geschlechter.

1. Alter:

2. Ihr Geschlecht:

☐ w

☐ m

3. Ich bin Angehöriger und der Patient ist

☐ mein Ehe- oder Lebenspartner

☐ meine Tochter/mein Sohn

☐ meine Mutter/mein Vater

☐ meine Schwester/mein Bruder

☐ Vertrauensperson (nicht verwandt)

4. Geschlecht des Patienten:

☐ w

☐ m

5. Ich wohne mit dem Patienten in einem Haushalt

☐ ja

☐ nein

6. Ich sehe den Patienten

☐ täglich

☐ 2-6-mal pro Woche

☐ 1-mal pro Woche

☐ seltener

7. Meine Beziehung zu dem Patienten empfinde ich als:

☐ sehr gut

☐ gut

☐ mäßig

☐ schlecht

EINGANGSFRAGEBOGEN

Psychoedukationsgruppe für Angehörige von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

8. Mein Betroffener hat die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung seit:

- ☐ (circa) Jahren
- ☐ (circa) Monaten
- ☐ mir nicht so genau bekannt

9. Gibt es noch andere Diagnosen, die Ihnen über Ihren Betroffenen bekannt sind?

- ☐ nein
- ☐ ja, nämlich

10. Anzahl der bisherigen stationären Aufenthalte Ihres Betroffenen wegen der Borderline-Persönlichkeitsstörung:

11. Mein Betroffener ist momentan in folgender Behandlung

- ☐ stationärer Behandlung
- ☐ ambulanter Behandlung beim Psychiater/Nervenarzt
- ☐ ambulanter Behandlung bei einem psychologischen Psychotherapeuten
- ☐ Tagesklinik
- ☐ keiner professionellen Behandlung
- ☐ andere:

12. Mein Betroffener ist in professioneller Behandlung seit:

- ☐ (circa) Jahren
- ☐ (circa) Monaten
- ☐ mir nicht so genau bekannt

13. Geht Ihr Betroffener einer regelmäßigen Tätigkeit nach (Berufstätigkeit, geschützte Werkstätte, regelmäßige Hausarbeit)?

- ☐ ja
- ☐ nein

14. Bitte schätzen Sie die Schwere der Krankheitssymptome Ihres Betroffenen in den letzten drei Monaten ein:

- ☐ Betroffener ist überhaupt nicht krank
- ☐ Betroffener ist nur leicht krank
- ☐ Betroffener ist mäßig krank
- ☐ Betroffener ist deutlich krank
- ☐ Betroffener ist schwer krank
- ☐ Betroffener ist extrem schwer krank

EINGANGSFRAGEBOGEN

Psychoedukationsgruppe für Angehörige von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

15. Wie oft haben Sie bisher an einer Angehörigengruppe teilgenommen?

- ☐ nie
- ☐ 1-mal
- ☐ mehrmals

16. Welche Art der Berufsausbildung haben Sie absolviert oder absolvieren Sie gerade?

- ☐ Lehre
- ☐ Fachschule/ Meisterschule
- ☐ Hochschulstudium
- ☐ keine Berufsausbildung begonnen
- ☐ Ausbildung abgebrochen
- ☐ Andere

17. Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

- ☐ vollzeitbeschäftigt
- ☐ teilzeitbeschäftigt
- ☐ ich arbeite zurzeit nicht (bzw. bin Rentner, Student, in Ausbildung, Hausfrau/mann, im Erziehungsurlaub).

18. Wie sehr belastet sind Sie derzeit durch die psychischen Probleme Ihres Betroffenen?

- ☐ gar nicht
- ☐ etwas
- ☐ ziemlich
- ☐ stark

19. Wo sind Sie derzeit in Behandlung?

- ☐ stationärer Behandlung
- ☐ ambulanter Behandlung beim Psychiater/Nervenarzt
- ☐ ambulanter Behandlung bei einem psychologischen Psychotherapeuten
- ☐ Tagesklinik
- ☐ keiner professionellen Behandlung
- ☐ andere:

Anhang B5: Wissensfragebogen

WISSENSFRAGEBOGEN

Psychoedukationsgruppe für Angehörige von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

PRÄ ☐
POST ☐

Angehörigen Nr.:

Gruppen Nr.: Datum:

**Instruktion: Bitte kreuzen Sie die richtigen Antwortmöglichkeiten an!
Es können auch mehrere oder alle Antworten richtig sein!**

1. Über die Ursachen für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung weiß man:

- ☐ Als Ursache spielt unter anderem eine genetische Veranlagung eine Rolle.
- ☐ Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung weisen verschiedene biologische Veränderungen der Funktion des Gehirns auf.
- ☐ Körperliche Erkrankungen spielen bei der Verursachung eine entscheidende Rolle.
- ☐ Eine bedeutende Rolle bei der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung spielt das so genannte „invalidierende Umfeld“.
- ☐ Arbeitslosigkeit führt zur Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.

2. Menschen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, erleben typischerweise:

- ☐ Platzangst
- ☐ ein wiederkehrendes Gefühl der Leere
- ☐ Stimmungsschwankungen
- ☐ eine schwere Gedächtnisstörung
- ☐ Dissoziationen

3. Typische Denkmuster von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sind:

- ☐ ein Schwarz- Weiß Denken
- ☐ Zwangsgedanken
- ☐ die Umkehrung aller negativen Gedanken ins Positive
- ☐ stetige Selbstabwertung
- ☐ Muster wechselnder Idealisierung und Entwertung bestimmter Mitmenschen

WISSENSFRAGEBOGEN

Psychoedukationsgruppe für Angehörige von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

4. Was trifft auf die Borderline- Persönlichkeitsstörung zu?

- ☐ Etwa 1-2 % der Bevölkerung leiden unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.
- ☐ Die Störung beginnt häufig unvermittelt im höheren Lebensalter.
- ☐ Es finden sich gehäuft traumatische Lebensereignisse und unglückliche Familienverhältnisse.
- ☐ Das Kernproblem der Borderline- Störung liegt in einer Emotionsregulationsstörung.
- ☐ Eine Borderline- Störung kann auch vorliegen, wenn ein Betroffener sich nicht selbst verletzt.

5. Welche zusätzlichen seelischen Probleme tauchen bei Menschen mit Borderline- Persönlichkeitsstörung gehäuft auf?

- ☐ Abhängigkeitserkrankungen (z.B. Alkohol-, Drogensucht)
- ☐ Depression
- ☐ Essstörungen, z.B. Anorexie oder Bulimie
- ☐ Angststörungen, z.B. Panikattacken
- ☐ kurze Episoden mit der Überzeugung, verfolgt zu werden, oder Stimmenhören

6. Für den Verlauf einer Borderline- Persönlichkeitsstörung trifft zu:

- ☐ Borderline-Persönlichkeitsstörungen beginnen meist im Jugendalter.
- ☐ Die Störung verläuft mit wiederkehrenden akuten Krisen und muss auch behandelt werden, wenn eine Krise gerade abgeklungen ist.
- ☐ Krankheitssymptome werden mit zunehmendem Lebensalter der Betroffenen häufig milder.
- ☐ Eine langfristige Stabilität ist meist nur durch eine langfristige Therapie zu erreichen.
- ☐ Die Familienangehörigen können nichts tun, um den Verlauf einer Borderline-Störung günstig zu beeinflussen.

7. Welchen Aussagen über Psychopharmaka stimmen Sie zu?

- ☐ Antidepressiva erzeugen bei längerer Einnahme eine körperliche Abhängigkeit.
- ☐ Eine Stabilisierung der Stimmung kann mit so genannten Moodstabilizern erreicht werden (z.B. Elmendos, Ergenyl oder Lamotrigin).
- ☐ Benzodiazepine sollten immer bei der Behandlung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung eingesetzt werden.
- ☐ Benzodiazepine können eine körperliche Abhängigkeit verursachen.
- ☐ Antidepressiva sind auch bei Angst- und Zwangserkrankungen wirksam.

WISSENSFRAGEBOGEN

Psychoedukationsgruppe für Angehörige von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

8. Welche Nebenwirkungen können bei einer Psychopharmakotherapie auftreten

- ☐ Die längerfristige Einnahme von Benzodiazepinen begünstigen das Auftreten von dissoziativen Zuständen („neben sich stehen“).
- ☐ Alle diese Medikamente ziehen eine Gewichtszunahme nach sich.
- ☐ Antidepressiva verursachen immer eine Sehstörung, sodass man grundsätzlich nicht Autofahren darf.
- ☐ Serotonin- Wiederaufnahmehemmer (SSRI) regen den Appetit stark an.
- ☐ Serotonin- Wiederaufnahmehemmer (SSRI) können sexuelle Funktionsstörungen verursachen.

9. Antidepressiva:

- ☐ wirken sofort nach Einnahme.
- ☐ wirken auf den Gehirnstoffwechsel ein.
- ☐ werden u.a. bei Stimmungs labilität, Angst und mangelnder Impulskontrolle eingesetzt.
- ☐ helfen ausschließlich bei Traurigkeit.
- ☐ heißen auch Benzodiazepine.

10. Welche der aufgeführten Medikamente gehören zu den Antidepressiva?

- ☐ Cipralex
- ☐ Fluctin
- ☐ Abilify
- ☐ Zyprexa
- ☐ Valium

11. Neben einer medikamentösen Behandlung haben sich folgende Therapieverfahren in der Behandlung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung besonders bewährt:

- ☐ die dialektisch- behaviorale Therapie (DBT) nach M. Linehan
- ☐ die klassische Psychoanalyse nach S. Freud
- ☐ die übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) nach O.F. Kernberg
- ☐ die Familienaufstellung nach Hellinger
- ☐ Hypnose

WISSENSFRAGEBOGEN

Psychoedukationsgruppe für Angehörige von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

12. Welche Punkte treffen in Bezug auf die Psychotherapie zu?

- ☐ Die Psychotherapie bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung dauert in der Regel 1-2 Jahre.
- ☐ Fertigkeiten (Skills) wirken spannungsreduzierend und können in der Psychotherapie als Alternative zu selbstverletzendem Verhalten erlernt werden.
- ☐ Nach Abschluss einer psychotherapeutischen Behandlung sollte man sofort eine neue Therapie beginnen.
- ☐ Es wurden in den letzten Jahren Psychotherapieverfahren entwickelt, die speziell auf die Schwierigkeiten einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zugeschnitten sind.
- ☐ Psychologische Psychotherapeuten dürfen Medikamente verschreiben.

13. Welche der folgenden Aussagen zu Psychotherapie treffen zu?

- ☐ Psychotherapie und Medikamenteneinnahme sind nicht miteinander vereinbar.
- ☐ Es ist sinnvoll, langfristig beim gleichen Therapeuten zu bleiben und Probleme, die im Umgang miteinander auftauchen, anzusprechen.
- ☐ Psychotherapie ist die wichtigste Behandlungsstrategie für die Borderline-Persönlichkeitsstörung.
- ☐ In der dialektisch- behavioralen- Therapie (DBT) ist der Umgang mit Emotionen ein wichtiges Thema.
- ☐ Eine stationäre Behandlung ist einer ambulanten Therapie in jedem Fall vorzuziehen.

14. Zur Erleichterung der Wiedereingliederung in das Alltagsleben haben sich folgende Maßnahmen als sinnvoll und wirksam erwiesen:

- ☐ unterstützende Therapien, z.B. Musik-, Kunst-, oder Ergotherapie
- ☐ Akupunktur
- ☐ kalorien- und fettreduzierte Diät
- ☐ Teilnahme an Patienten- Selbsthilfegruppen
- ☐ viel Rückzug und viel Schlaf

WISSENSFRAGEBOGEN

Psychoedukationsgruppe für Angehörige von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

15. Welche der folgenden Verhaltensweisen der Familienmitglieder sind günstig im Umgang mit Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung?

- ☐ Der Betroffene wird ermutigt und unterstützt, sich seiner Fähigkeiten und Stärken bewusst zu werden.
- ☐ Der Betroffene wird stets ermahnt, sich zusammenzureißen.
- ☐ Die Familienmitglieder kümmern sich grundsätzlich um alle Belange des Betroffenen.
- ☐ Wenn sich ein Betroffener über das Thema „Suizid“ äußert, soll die Familie dies ignorieren.
- ☐ Probleme innerhalb der Familie sollten mit dem Therapeuten besprochen werden, wenn sie das Familienklima belasten.

16. Als Angehöriger einer Person mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung kann man helfen, indem man:

- ☐ sich komplett aus dem eigenen Freundeskreis zurückzieht, um nur für den Betroffenen da sein zu können.
- ☐ den Betroffenen vor den natürlichen Konsequenzen seines Handelns schützt.
- ☐ Toleranzgrenzen setzt und diese klar und deutlich formuliert.
- ☐ versucht, die Probleme des Angehörigen zu lösen.
- ☐ familiäre Routine pflegt.

17. Gerät der Angehörige in eine Krise sollte man:

- ☐ versuchen die Krise erstmal alleine zu meistern.
- ☐ sich nur in Ausnahmefällen an den Krisenplan halten.
- ☐ professionelle Hilfe hinzuziehen.
- ☐ den Angehörigen unter Druck setzen, damit er aus der Krise findet.
- ☐ „cool“ bleiben und die Ruhe bewahren.

Anhang B6: Involvement-Evaluation-Questionnaire (IEQ-EU)

Der IEQ-EU wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

Anhang B7: WHOQOL-BREF

Der WHOQOL-BREF wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

Anhang B8: Feedbackfragebogen

FEEDBACKFRAGEBOGEN	
Psychoedukationsgruppe für Angehörige von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung	
Angehörigen Nr.:	
Gruppen Nr.:	Datum:
1. Wie hilfreich empfanden Sie die Informationsgruppe?	
<input type="checkbox"/>	sehr hilfreich
<input type="checkbox"/>	hilfreich
<input type="checkbox"/>	wenig hilfreich
<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht hilfreich
2. Fühlen Sie sich durch die Teilnahme an der Informationsgruppe entlastet?	
<input type="checkbox"/>	sehr entlastet
<input type="checkbox"/>	ziemlich entlastet
<input type="checkbox"/>	etwas entlastet
<input type="checkbox"/>	gar nicht entlastet
3. Würden Sie diese Gruppe anderen Angehörigen weiterempfehlen?	
<input type="checkbox"/>	ja, auf jeden Fall
<input type="checkbox"/>	ja, bedingt
<input type="checkbox"/>	eher nicht
<input type="checkbox"/>	nein
4. Wie gut fühlen Sie sich über die Borderline-Persönlichkeitsstörung informiert?	
<input type="checkbox"/>	sehr gut
<input type="checkbox"/>	gut
<input type="checkbox"/>	weniger gut
<input type="checkbox"/>	nicht gut
5. Welche Themen waren Ihnen besonders wichtig?	
<input type="checkbox"/>	Krankheitsbegriff
<input type="checkbox"/>	Ursachenmodell
<input type="checkbox"/>	Charakteristische Symptome
<input type="checkbox"/>	Krankheitsverlauf
<input type="checkbox"/>	Begleiterkrankungen
<input type="checkbox"/>	Behandlungsmöglichkeiten (Medikamente)
<input type="checkbox"/>	Behandlungsmöglichkeiten (Psychotherapie)
<input type="checkbox"/>	Dialektische Grundhaltung
<input type="checkbox"/>	Validieren
<input type="checkbox"/>	Vermittlung einer inneren Haltung im Umgang mit der Störung
<input type="checkbox"/>	Familiäre Kommunikation
<input type="checkbox"/>	Umgang mit Krisen unter Berücksichtigung der eigenen Grenzen

FEEDBACKFRAGEBOGEN

Psychoedukationsgruppe für Angehörige von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

6. Welche Themen hätten Sie gern genauer besprochen/mehr Zeit gehabt?

- ☐ Krankheitsbegriff
- ☐ Ursachenmodell
- ☐ Charakteristische Symptome
- ☐ Krankheitsverlauf
- ☐ Begleiterkrankungen
- ☐ Behandlungsmöglichkeiten (Medikamente)
- ☐ Behandlungsmöglichkeiten (Psychotherapie)
- ☐ Dialektische Grundhaltung
- ☐ Validieren
- ☐ Vermittlung einer inneren Haltung im Umgang mit der Störung
- ☐ Familiäre Kommunikation
- ☐ Umgang mit Krisen unter Berücksichtigung der eigenen Grenzen

7. Welche Themen haben Ihnen gefehlt?

8. Wie alltagstauglich empfanden Sie die vermittelten Strategien im Umgang mit Ihrem Angehörigen?

- ☐ sehr
- ☐ etwas
- ☐ kaum
- ☐ nicht

9. Wie empfanden Sie die Atmosphäre in der Gruppe?

- ☐ sehr vertrauensvoll
- ☐ vertrauensvoll
- ☐ wenig vertrauensvoll
- ☐ überhaupt nicht vertrauensvoll

10. Wie beurteilen Sie die Anzahl der Treffen (10 insgesamt)?

- ☐ angemessen
- ☐ zu viele Treffen
- ☐ zu wenige Treffen

11. Wie beurteilen Sie die Dauer der Treffen (1,5 Stunden)?

- ☐ angemessen
- ☐ zu lange
- ☐ zu kurz

FEEDBACKFRAGEBOGEN

Psychoedukationsgruppe für Angehörige von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

12. Hat sich durch die Informationen aus der Gruppe Ihre Einstellung gegenüber dem Betroffenen mit BPS verändert?

- ☐ sehr
- ☐ etwas
- ☐ kaum
- ☐ nicht

wenn es eine Veränderung gab, inwiefern?

13. Hat sich der Umgang mit Ihrem Betroffenen mit BPS durch die Teilnahme an der Psychoedukationsgruppe verändert?

- ☐ sehr
- ☐ etwas
- ☐ kaum
- ☐ nichts

wenn es eine Veränderung gab, inwiefern?

14. Wie empfinden Sie die Beziehung zu Ihrem Betroffenen mit BPS?

- ☐ sehr gut
- ☐ gut
- ☐ mäßig
- ☐ schlecht

15. Wie sehr belastet sind Sie derzeit durch die psychischen Probleme Ihres Betroffenen mit BPS?

- ☐ gar nicht
- ☐ etwas
- ☐ ziemlich
- ☐ stark

16. Haben sich Ihre Erwartungen in Bezug auf die Gruppe erfüllt?

- ☐ in vollem Umfang
- ☐ größtenteils
- ☐ teilweise
- ☐ kaum

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Teilnahme!

Anhang B9: Gruppentherapie – Angehörigenstundenbogen GTS-A

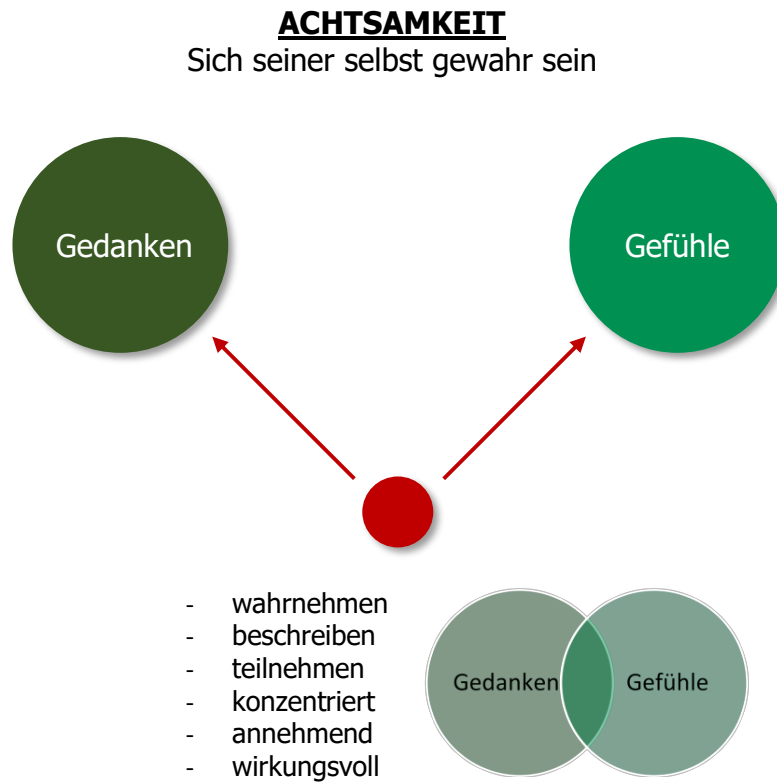
Der GTS-A wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

Anhang B10: Gruppentherapie – Therapeutenstundenbogen GTS-T

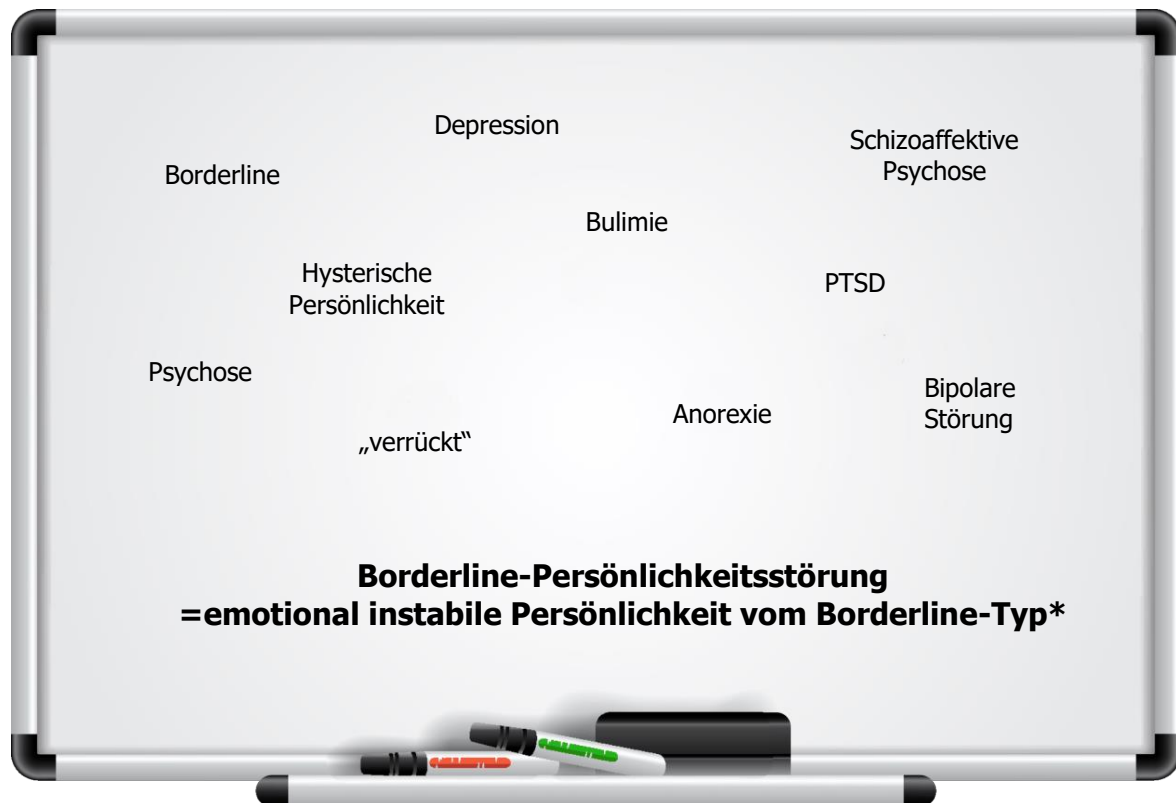
Der GTS-T wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

Anhang C: Beispielhafte Flipchart-Abbildungen zu den Gruppensitzungen

Anhang C1: Sitzung 1 – Ausfüllen der Fragebögen, Klärung der Erwartungen, Achtsamkeit



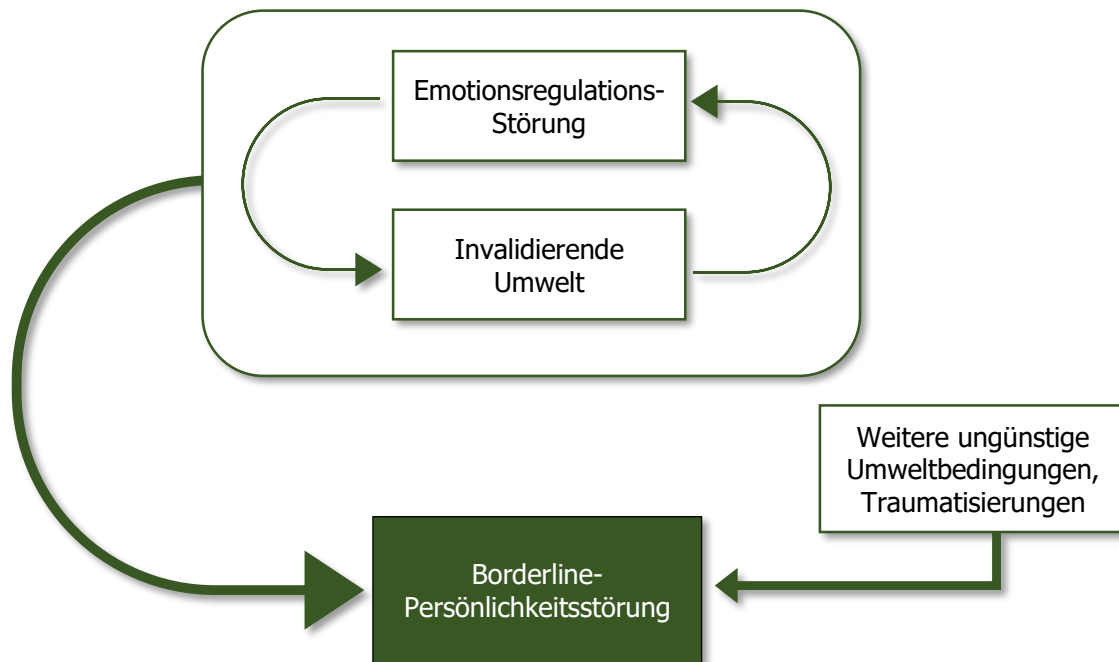
Anhang C2: Sitzung 2 – Krankheitsbegriff, Symptome



* nach Rentrop et al. (2007), Folie 1

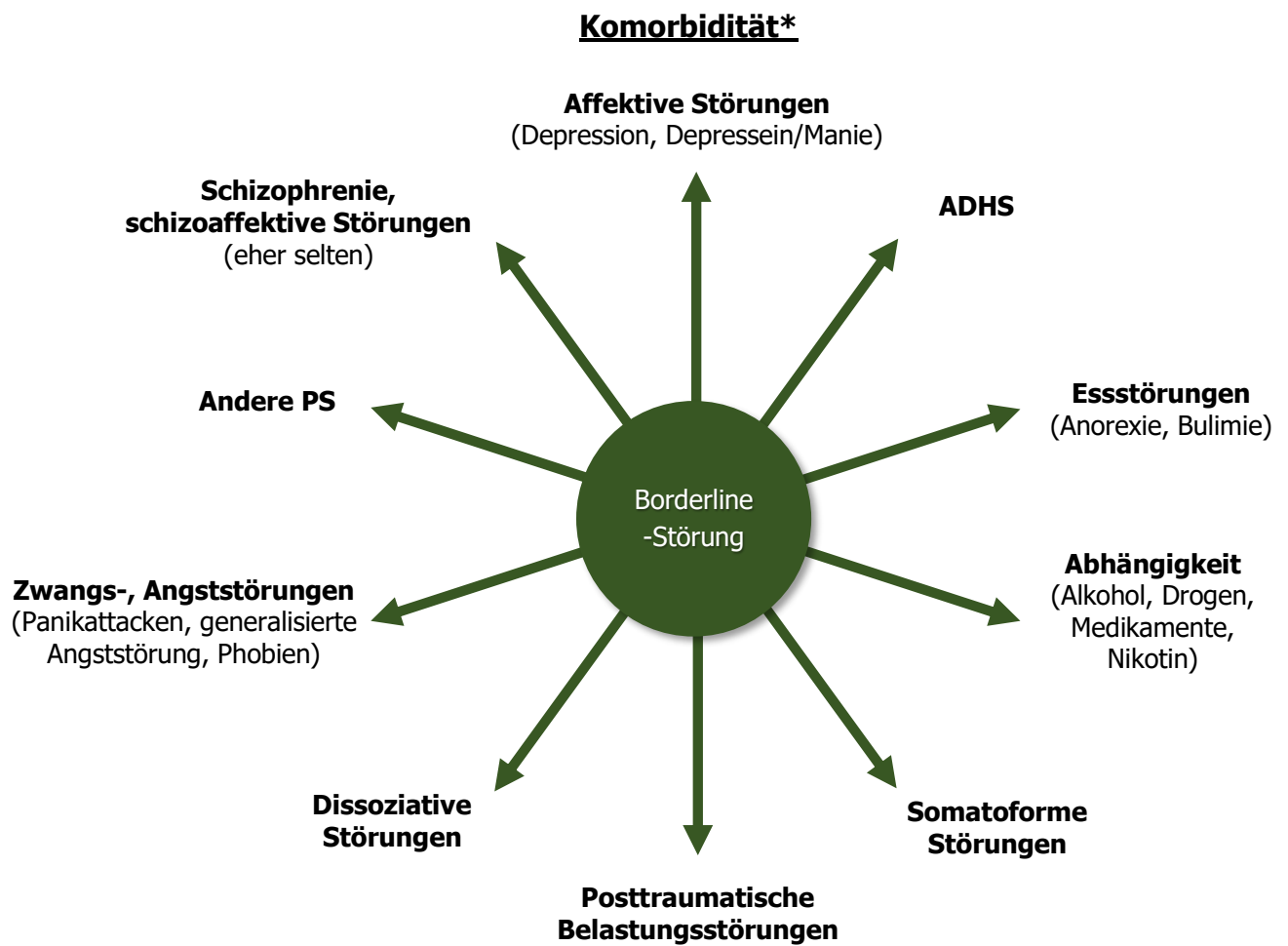
Anhang C3: Sitzung 3 – Biosoziale Entstehungstheorie, Krankheitsverlauf

**Biosoziales Ursachenmodell der Borderline-Störung
(modifiziert nach Linehan 1996, Bohus 2002)***



*nach Rentrop et al. (2007), Folie 5a

Anhang C4: Sitzung 4 – Komorbiditäten und medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten

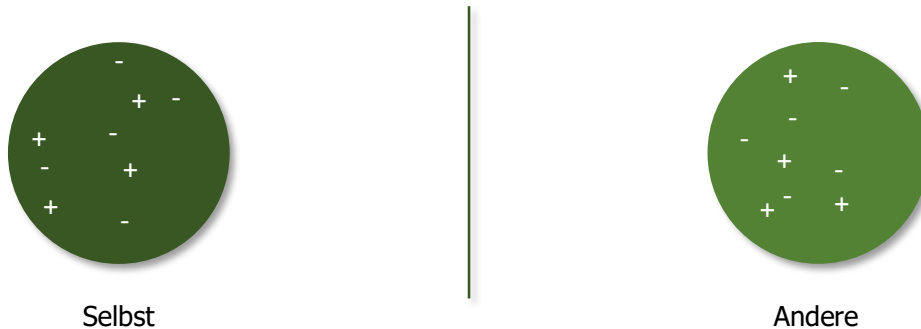


*nach Rentrop et al. (2007), Folie 6

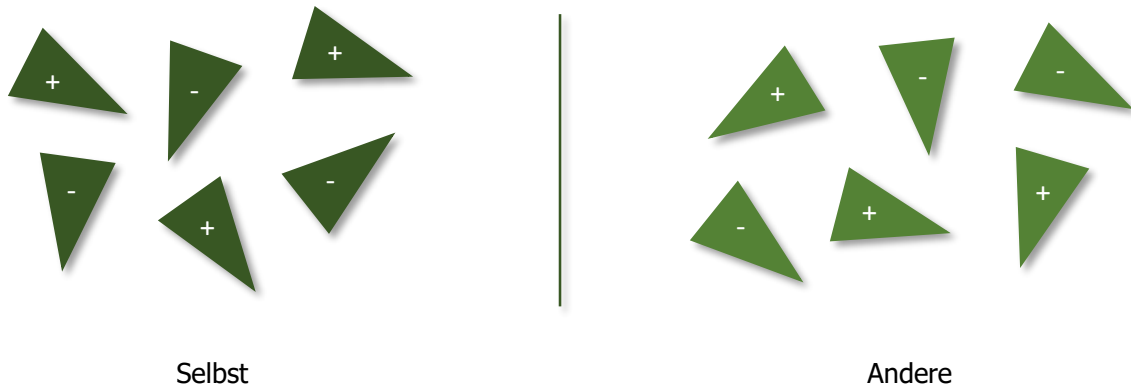
Anhang C5: Sitzung 5 – Psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten

Theoretische Grundannahme der TFP zur inneren Struktur von Gesunden und Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung*

Gesunde Persönlichkeitsorganisation:



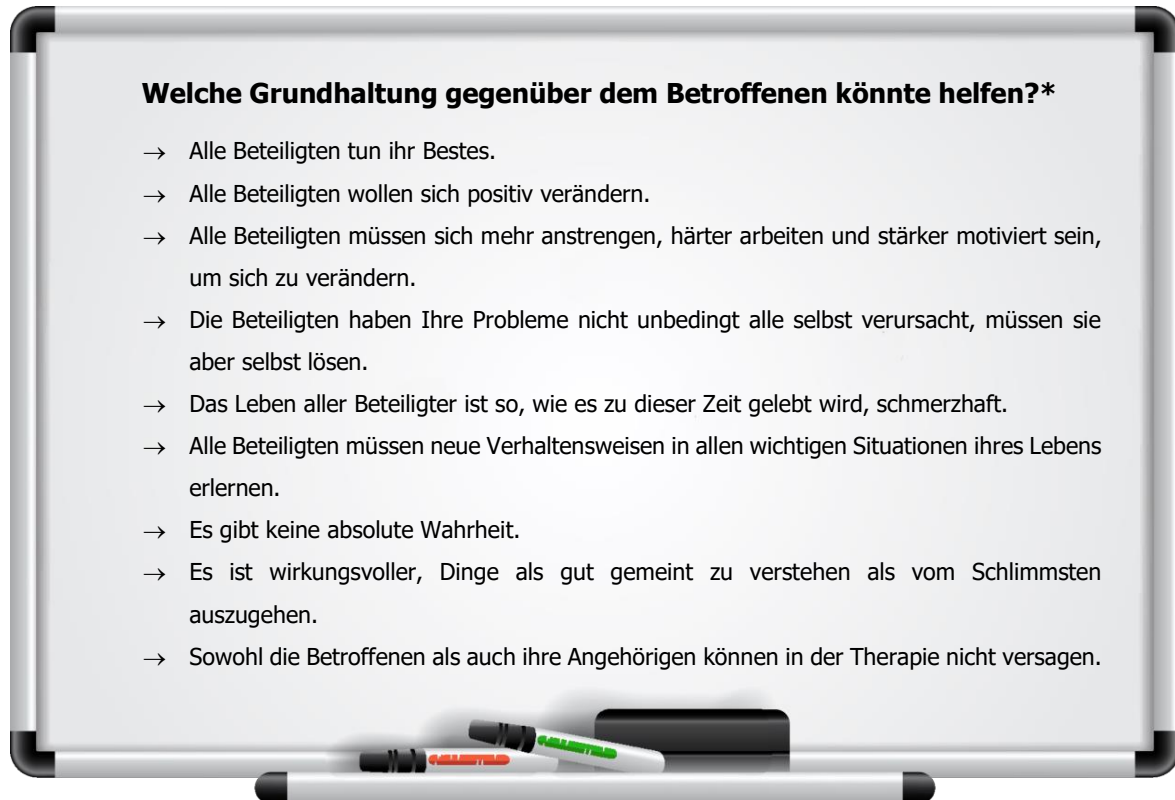
Borderline-Persönlichkeitsorganisation:



+ = positiv erlebte Eigenschaften
- = negativ erlebte Eigenschaften

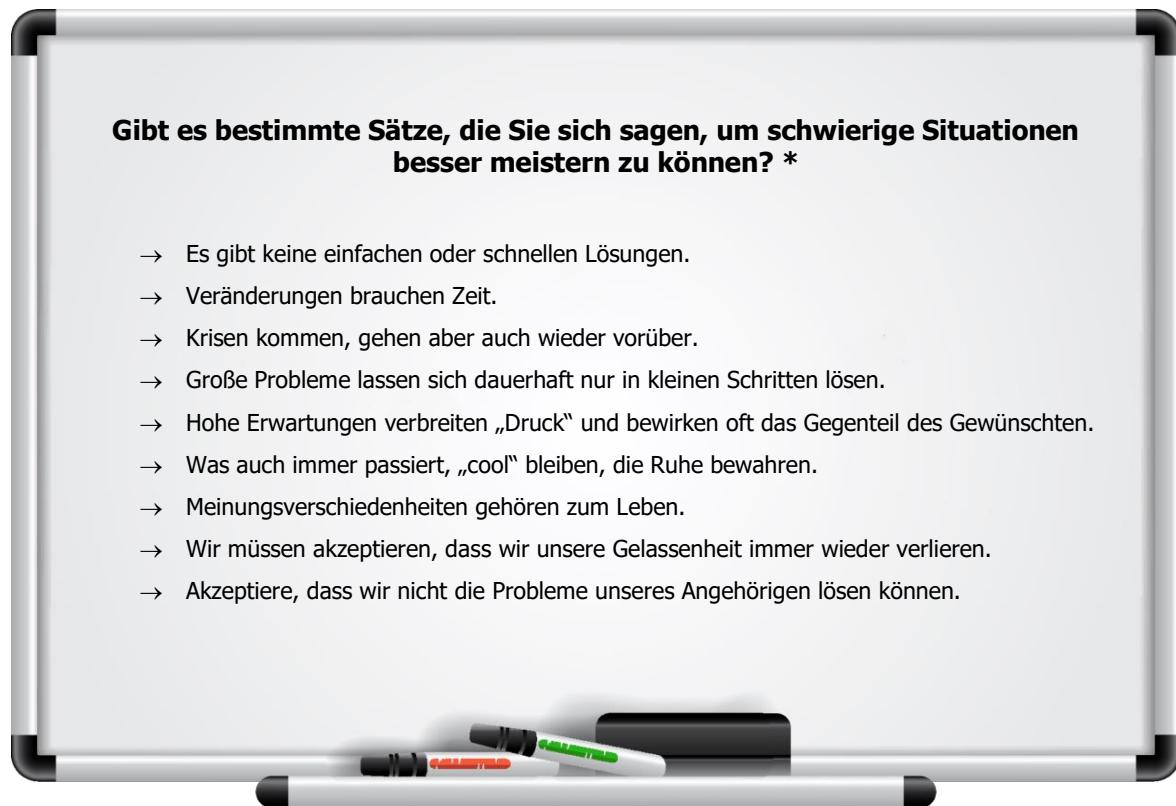
* nach Rentrop et al. (2007), Folie 15

Anhang C6: Sitzung 6 – Dialektische, nicht wertende Grundhaltung



*nach Auer und Ludewig (2013), S.100

Anhang C7: Sitzung 7 – Grundlegende Fertigkeiten im Umgang mit der Störung



Gibt es bestimmte Sätze, die Sie sich sagen, um schwierige Situationen besser meistern zu können? *

- Es gibt keine einfachen oder schnellen Lösungen.
- Veränderungen brauchen Zeit.
- Krisen kommen, gehen aber auch wieder vorüber.
- Große Probleme lassen sich dauerhaft nur in kleinen Schritten lösen.
- Hohe Erwartungen verbreiten „Druck“ und bewirken oft das Gegenteil des Gewünschten.
- Was auch immer passiert, „cool“ bleiben, die Ruhe bewahren.
- Meinungsverschiedenheiten gehören zum Leben.
- Wir müssen akzeptieren, dass wir unsere Gelassenheit immer wieder verlieren.
- Akzeptiere, dass wir nicht die Probleme unseres Angehörigen lösen können.

* nach Rentrop et al. (2007), S. 131

Anhang C8: Sitzung 8 – Kommunikationsfertigkeiten

Was denken Sie, welche Grundsätze im Familienleben, auch in Bezug auf die Kommunikation könnten hilfreich sein? Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?*

- Die familiäre Routine pflegen, so oft es geht (z.B. gemeinsame Mahlzeiten, Sport, Hobbys, Ausflüge, Urlaub).
- Kein Rückzug aus dem Freundeskreis (sich als Eltern, Geschwister, Partner eine „Auszeit nehmen“, sich etwas Gutes tun, mit anderen in Kontakt bleiben). Wir brauchen ein eigenes unterstützendes soziales Netzwerk.
- Zuhören. Bei Kritik nicht sofort in die Verteidigung gehen. Auch wenn der Angriff unfair ist, etwas sagen. Sich erlauben, verletzt worden zu sein. Die Anteile der Kritik, die zutreffen, anerkennen.
- Probleme offen ansprechen. Versuchen, die zur Problemlösung erforderlichen Notwendigkeiten zu identifizieren. Fragen, wer was tun kann.
- Gemeinsames Vorgehen! Widersprüchliche Haltungen, insbesondere zwischen den Eltern, können einen Konflikt ernstlich verstärken.

- Entwicklung von Strategien, die jedes Familienmitglied annehmen kann.
- Grenzen setzen. Toleranzgrenzen klar und in einfachen Worten benennen. Eigene Erwartungen kommunizieren. „Ich-Botschaften“ (Wünsche, Erwartungen, Gefühlsäußerungen) anstelle von „Du-Sätzen“ (Vorwürfen).
- Nicht versuchen, das betroffene Familienmitglied vor natürlichen Konsequenzen seines Handelns zu schützen.
- Dysfunktionale zwischenmenschliche Kommunikation (Koller kriegen, Drohungen, Spucken oder Schlagen) nicht tolerieren. Aus der Kommunikation herausgehen und das „Thema“ später wieder aufgreifen.
- Vorsichtig mit Ultimaten und Drohungen („Wenn du dich noch einmal so verhältst, musst du unser Haus verlassen!“) umgehen und nur dann formulieren, wenn die konsequente Umsetzung sicher ist. Gegebenenfalls mit anderen, einschließlich Therapeuten, besprechen.

*nach Rentrop et al. (2007), S. 133

Anhang C9: Sitzung 9 – Umgang mit Krisen

Vorschlag für den Inhalt eines Notfallkoffers für die Angehörigen

